

**DICHIARAZIONE IN MERITO A
PRESTAZIONI SANITARIE SPECIALISTICHE DI CARATTERE TERAPEUTICO O RIABILITATIVO**

Il sottoscritto _____

in qualità di MEDICO DI MEDICINA GENERALE

medico SPECIALISTA in _____

C E R T I F I C A
C H E

il Sig. _____

Nato a _____ il _____

**necessita della seguente prestazione sanitaria specialistica
di carattere terapeutico o riabilitativo**

TIPOLOGIA DELLA PRESTAZIONE:

QUANTITÀ:

DURATA NEL TEMPO:

- L'INTERVENTO PRESCRITTO E' NECESSARIO IN RELAZIONE ALLA PATOLOGIA DI CUI E' AFFETTO L'INTERESSATO (Condizione indispensabile per l'ottenimento del contributo comunale sulla spesa sostenuta, ai sensi dell'avviso pubblico comunale).

Treviglio, li _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
