



_____ (VR), li _____

CERTIFICATO DI RICOVERO

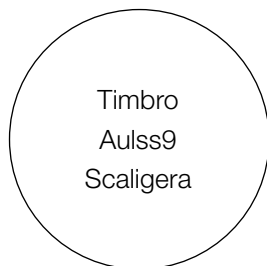
SI CERTIFICA

che il/la Signore/a _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Naz. _____

è stato/a ricoverato/a presso una Struttura Sanitaria dell'ULSS 9 Scaligera nel seguente periodo:

Data inizio	Data fine
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____



L'incaricato

Si rilascia il presente certificato in carta libera a richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi ai sensi dell'art. 15 della legge n. 183/2011.