



ATTESTAZIONE DI PRESENZA

Spett.le Associazione Diversamente Sani Onlus

In data _____ il Paziente _____

Identificato con documento numero _____

Si è presentato presso la nostra struttura _____

(*) Per:

- Visita _____
- Terapia _____
- Esame diagnostico _____
- Altra prestazione specialistica _____

Inerente alla patologia Oncologica

(*) Si prega specificare la tipologia della prestazione

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge

Timbro e firma leggibile del l'operatore sanitario