

CERTIFICAZIONE

Si certifica che ___l___ sig./ra _____

Nat__a_____ il _____

Residente a _____ in via _____

E' stato/a sottopost__al trapianto di fegato, cuore , pancreas il_____presso_____

_____.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data_____

IL DIRIGENTE MEDICO
(timbro e firma)
