

DATA.....

Si certifica che il Sig/Sig.ra

nato /a il ,

**allo stato attuale può essere sottoposta/o a trattamento in
dialisi Limited Care (CAL).**

Firma e timbro del medico nefrologo

.....

Elaborato da WBR Lana data 01/01/2020 Alex Losa Doc 3	Aggiornamento eseguito da: WBR Lana data 09/09/2020 Alex Losa
--	---