

**ASL n° - OSPEDALE DI *Località***  
**U.O.A. DI CHIRURGIA GENERALE**

*Primario: dr Nome Cognome.*

**UNITA' DI ENDOCRINOCHIRURGIA**

*Responsabile: dr Nome Cognome*

*Località, gg / mm / aaaa*

Si attesta che la Signora *Nome Cognome*, nata il *gg / mm / aaaa* e domiciliata in *Località*, Via *indirizzo*, ricoverata presso la nostra Unità Operativa è stata sottoposta, in data *gg / mm / aaaa*, ad intervento chirurgico di tiroidectomia totale.

Per l'ipotiroidismo conseguente necessita, pertanto, di terapia sostitutiva.

Riferimento DM 28 maggio 1999, n.329 - N. 027.244 ( Esenzione Tiket )

Si rilascia a richiesta dell'interessata per gli usi consentiti.

Dr. ....