

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'ipoparatiroidismo conseguente necessita, pertanto, di terapia sostitutiva.

Riferimento DM 28 maggio 1999, n.329 - N. 026.252.1 (Esenzione Tiket)

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

Dr.