



ASSISTENZA ODONTOIATRICA ATTESTAZIONE DI

VULNERABILITA' SANITARIA

SI ATTESTA che la / il Sig./Sig.ra

Codice Fiscale residente a

via..... ,

recapito telefonico

Rientra, ai sensi della DGR n. 315 del 19.03.2018, nella condizione di

VULNERABILITA' SANITARIA

Codice esenzione

Trattasi di "Paziente non collaborante"

N.B. Il costo del manufatto e del materiale ortodontico è sempre a carico del paziente.

Data

Timbro e firma del
Dirigente Medico