

CERTIFICATO DI OBLIO ONCOLOGICO

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
nato/a a _____ il _____,
C.F. _____, residente a _____
in _____, ha maturato i requisiti previsti dalla L. n.
193/2023 per il riconoscimento del diritto all'oblio oncologico.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)
