

Dott. XXXXXX  
Medico chirurgo  
Specialista in Chirurgia Plastica  
Ambulatorio:

**ATTESTAZIONE MEDICA**

*In osservanza alla legge n. 191, G.U. 16 dicembre 2023, articolo 4 quater  
e con riferimento ai codici del manuale ICD-9-CM*

Il sottoscritto Dott. ....certifica che l'intervento/trattamento descritto come  
.....  
richiesto dalla/dal Sig.ra/Sig. ....sarà effettuato:

**Per finalità di carattere medico-terapeutico** al fine di tutelarne, mantenerne o ristabilirne lo stato di salute anche psicofisica. Dopo attenta ed accurata valutazione clinica, si evidenzia che l'intervento/trattamento sarà praticato allo scopo di curare:  
Patologie e/o, malformazioni congenite, anomalie di sviluppo, disturbi funzionali .....

.....  
.....  
Disagi psicologici .....  
.....

**Per finalità estetiche**

Dott. XXXXX

XXXX, ...../...../.....

Firma della/del paziente che, dopo presa visione, conferma la veridicità dei contenuti della presente attestazione .....