

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