



Prot. N. _____ del _____

ATTESTAZIONE AI FINI DELL'OBLIO ONCOLOGICO
(ai sensi della Legge n. 193/2023)

In seguito all'istanza pervenuta in data _____, la/il sottoscritta/o Dott./Dott.ssa
_____ in qualità di _____ (es. medico
specialista) presso _____ (struttura sanitaria)

ATTESTA CHE

il/la Sig./Sig.ra

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____

ha maturato i requisiti per l'oblio oncologico, ai sensi della Legge n. 193/2023 per l'esercizio del
diritto all'oblio oncologico, non risultando evidenze di recidiva nei termini di legge.

Luogo e data: _____

Il Dirigente Medico/Responsabile

Timbro e firma del medico