



Prot. N. _____ del _____

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

A seguito dell'attestazione ricevuta dalla scrivente Direzione (prot _____ del _____)

si certifica che

il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____,
codice fiscale _____, residente a _____,
Via _____, n. _____, cap. _____

ha maturato i requisiti previsti dalla Legge n. 193/2023, per il riconoscimento del diritto all'oblio oncologico, non risultando evidenze di recidiva nei termini di legge.

La presente certificazione è rilasciata su richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data: _____

Il Dirigente Medico/Responsabile

Timbro e firma del medico