

\_\_\_\_\_, li' \_\_\_\_\_

## CERTIFICATO

Il/La Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

con codice fiscale \_\_\_\_\_

presenta

Prognosi clinica  giorni s.c..

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per mancata comparizione disposta dall'autorita' giudiziaria.

**Dr.** \_\_\_\_\_