

---

**Nefrologia**

*Direttore Giuseppe Remuzzi*

**Allegato A per emodialisi presso Centro ad Assistenza Limitata**

Dati del Centro di provenienza:

OSPEDALE \_\_\_\_\_

CENTRO DIALISI \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

Si certifica che \_\_\_\_\_

(cognome                      nome                      codice fiscale)

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

in Emodialisi dal \_\_\_\_\_ presso questo Centro

**PUÒ SOTTOPORSI AD EMODIALISI PRESSO UN CENTRO AD ASSISTENZA LIMITATA NON PRESENTANDO  
CONTROINDICAZIONI LEGATE ALLE CONDIZIONI CLINICHE, ALLO STATO DI SALUTE GENERALE O ALLA  
TERAPIA IN ATTO**

---

*(Luogo e data)*

---

*(Timbro e firma del Medico)*