

CERTIFICAZIONE MEDICA

Assistito nome.....cognome.....

Nato a.....il.....residente.....

Domiciliato.....(c.f.....)

Tipo di diabete....., anno di insorgenza.....

Terapia insulinica.....

.....

.....

Terapia IPOGLICEMIZZANTE per OS.....

.....

.....

E mail MMG o PLS.....