

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____
n. _____ C.F. _____ telefono _____
email _____

☐ Tutore/genitore/amministratore di sostegno del/della
 Sig./ra _____ nato/a a _____
 il _____ residente a _____ in via/piazza
 _____ n. _____ C.F. _____
 telefono _____ ;

☐ Di essere in possesso di una certificazione sanitaria attestante la diagnosi di fibromialgia rilasciata entro la data del 30 aprile 2026 da un medico specialista (reumatologo, ortopedico, fisiatra) abilitato all'esercizio della professione ed iscritto all'albo;

