

**U.O. ASSISTENZA DISTRETTUALE**  
**Ufficio Unificato Medicina Generale e Pediatrica**  
*Istituto Nuovo - 2° piano*  
**Tel. 010-3446/746-753-760-761-762-769**  
**Fax 010-3446752**  
**E-mail: v.orvieto.usl3@libero.it**

**Al Sig. Direttore Generale**  
**Della A.S.L. n. 3 "Genovese"**  
**U.O. Assistenza Distrettuale**  
**Via G. Maggio 6**  
**16147 Genova**

**MODULO RICHIESTA CERTIFICATO o STATO di SERVIZIO**

*Da compilarsi a macchina o in stampatello*

N. codice regionale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
cognome nome \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_  
data - luogo - provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
C.A.P. - comune - indirizzo - numero civico \_\_\_\_\_

N. telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

N° \_\_\_\_\_ certificato \_\_\_\_\_ in carta semplice - N°. \_\_\_\_\_ in carta legale.

Per i \_\_\_\_\_ seguenti attività e periodi effettuati in questa A.S.L. n. 3 "Genovese":

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

**Spazio riservato alla ASL**

Inviata al protocollo il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma per ricevuta)