

U.O. ASSISTENZA DISTRETTUALE
Ufficio Unificato Medicina Generale e Pediatria
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° _____ certificat in **carta semplice** - N°. _____ in **carta legale**.

Per i _____ seguentattività e periodeffettuat 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)