

Attestato di presenza

SI ATTESTA CHE

Il sig./la sig.ra

(nome) | (cognome)

nato/a il | a

si è presentato/a il giorno

dalle ore alle ore

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

per prestazioni sanitarie nelle strutture dell'Azienda USL di Modena

per accompagnare il sig./la sig.ra (specificare nome, cognome e grado di parentela)

per prestazioni sanitarie nelle strutture dell'Azienda USL di Modena.

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

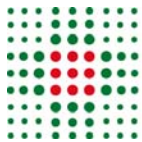
data

firma (L'operatore)

matricola n°

Azienda USL di Modena

Via S. Giovanni del cantone, 23 – 41121 Modena – www.ausl.mo.it - Partita IVA 02241850367



Attestato di presenza

SI ATTESTA CHE

Il sig./la sig.ra

(nome) | (cognome)

nato/a il | a

si è presentato/a il giorno

dalle ore alle ore

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

per prestazioni sanitarie nelle strutture dell'Azienda USL di Modena

per accompagnare il sig./la sig.ra (specificare nome, cognome e grado di parentela)

per prestazioni sanitarie nelle strutture dell'Azienda USL di Modena.

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

data

firma (L'operatore)

matricola n°

Azienda USL di Modena

Via S. Giovanni del cantone, 23 – 41121 Modena – www.ausl.mo.it - Partita IVA 02241850367