

Porto Viro, li.....

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ recapito telefonico _____

in qualità di *(barrare il caso che interessa)*

- Titolare, identificato tramite il documento allegato
- Legale rappresentante (genitore di minore o tutore), come da autocertificazione in allegato
- Erede, come da autocertificazione in allegato
- Delegato, come da documentazione in allegato

CHIEDE CERTIFICATO DI:

Ricovero presso reparto di *(specificare)* _____ Dal _____ al _____

Degenza OBI dal _____ al _____

Referto Pronto Soccorso _____ Data Referto _____

Intervento di Chirurgia Ambulatoriale Protetta del giorno _____

Altro, specificare _____

riguardante:

il sottoscritto/a

il/la sig./ra: *(specificare rapporto e nominativo)* _____

In fede _____
(firma leggibile)

L'impiegato presente al momento della sottoscrizione
