

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

\_\_\_\_\_