

**Compilare in stampatello**

(Denominazione Ente o datore di lavoro)

.....

.....

Via / Piazza ..... n° .....

C.A.P. .... Città ..... Provincia .....

Codice fiscale ..... Partita IVA .....

Cod. IPA ..... e-mail .....

Telefono n° ..... Fax n° .....

Prot. n° ..... del .....

Riservato alla ASL

All' AZIENDA SANITARIA LOCALE VITERBO  
Ufficio Certificazioni e visite fiscali \*\*  
Via Benedetto Croce, 4  
01016 Tarquinia (VT)  
Tel e Fax n° 0766846420

**SI RICHIEDE VISITA FISCALE**

\*  **AMBULATORIALE**

\*  **DOMICILIARE**

**PER IL / LA DIPENDENTE**

Cognome ..... Nome .....

nat. .... a ..... il .....

Codice Fiscale ..... Via / Piazza .....

..... n° ..... C.A.P. ....

Città ..... Provincia ..... Telefono n° .....

MALATO/A DAL ..... AL ..... PROGNOSI GIORNI .....

Eventuali comunicazioni .....

.....

.....

.....  
FIRMA

\* barrare la casella che interessa  
\*\* L'Ufficio è competente limitatamente ai dipendenti residenti o momentaneamente domiciliati nei Comuni di Arlena di Castro – Canino – Cellere – Montalto di Castro – Monteromano – Piansano – Tarquinia – Tessennano – Tuscania.