

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 **
S. S. Cassia km. 63
01019 Vetralla (VT)
Tel e Fax n° 0761338759

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
Barbarano Romano – Bassano Romano – Blera – Capranica – Caprarola – Carbognano – Monterosi – Oriolo Romano –
Ronciglione – Sutri – Veiano – Vetralla – Villa S. Giovanni in Tuscia.