

(Denominazione Ente)

.....  
.....  
Via / Piazza ..... n° .....

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

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

Telefono n° ..... Fax n° .....

Prot. n° ..... del .....

Riservato all'ASL

ASL VITERBO – U.O.S.D. MEDICINA LEGALE  
Ufficio Certificazioni e visite fiscali \*\*  
Via Francesco Petrarca snc  
01019 Civita Castellana (VT)  
Tel 0761592301– Fax n° 0761592314

**SI RICHIEDE VISITA FISCALE**

\*

**AMBULATORIALE**

\*

**DOMICILIARE**

**PER IL / LA DIPENDENTE**

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

Via / Piazza ..... n° .....

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

Telefono n° .....

MALATTO/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 Calcata – Castel S. Elia – Civita Castellana – Corchiano – Fabrica di Roma – Faleria – Gallese – Nepi – Vallerano – Vasanello – Vignanello.