

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 Francesco Petrarca snc
01033 Civita Castellana (VT)
Tel e Fax n° 0761592314

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