

MODULO RICHIESTA VISITA FISCALE PER ENTI PUBBLICI
Attenzione: i campi con * sono obbligatori al fine della visita fiscale

Alla cortese att.ne:

- Medicina Legale Municipio XI e XII Via Arturo Colautti, 28 - 00152 Roma Tel 0656486122 Fax 0656486104
medicina.fiscaled4@aslromad.it medicina.fiscale.roma@pec.aslromad.it
- Medicina Legale Municipio X via Federico Paolini n. 34 - 00122 Roma Tel 0656483105 Fax 0656483106
medicina.fiscaled2@aslromad.it medicina.fiscale.litorale@pec.aslromad.it
- Medicina Legale Comune di Fiumicino Via Giorgio Giorgis 56 - 00054 Fiumicino Tel 0656484701 Fax 0656484702
medicina.fiscaled1@aslromad.it medicina.fiscale.fiumicino@pec.aslromad.it

(inviare alla sede della Medicina Legale del Municipio di residenza del dipendente)

ENTE RICHIEDENTE

Denominazione*

Ufficio richiedente Responsabile

Codice fiscale/P.I.* Codice univoco IPA*

Via* n°* scala int*

CAP* Città Tel * fax

PEC*(inserire PEC per invio del referto)

email

ANAGRAFICA DIPENDENTE

Cognome * Nome *

Codice fiscale*

Domicilio di malattia

Via* n°*

scala* int* CAP* Città * Prov.

Municipio Tel Data inizio malattia*

prognosi al* (specificare se mancante)

Note

.....

.....

Prot. n. _____ del _____

Firma