

MODULO RICHIESTA VISITA FISCALE PER AZIENDE PRIVATE

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)

SOCIETÀ RICHIEDENTE

Ragione Sociale*
Ufficio richiedente Responsabile
Codice fiscale* Partita IVA*
Via* n°* scala int*
CAP* Città Tel * fax
email PEC.....
modalità ricevimento referto e fattura*: posta mail PEC

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
.....

Data _____

Firma