

 ASL ROMA 3 Poliambulatorio ;		DISTRETTO SANITARIO 	
		MODELLO ATTESTAZIONE PRESENZA IN STRUTTURA PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Revisione 1.0 del 19.07.2017 Pag. 1 di 1

SI CERTIFICA CHE

Il/La Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nat \_ a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_, Via/P.zza/Largo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ dalle h. \_\_\_\_\_ alle h. \_\_\_\_\_

ha effettuato presso questa struttura visite/accertamenti diagnostici.

Si rilascia, a richiesta dell'interessato/a, per gli usi consentiti dalla legge.

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

del Medico Specialista/CPSI dell'Ambulatorio Infermieristico

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_