

---

SOS Coordinamento Attività Amministrative Ospedaliere

## RICHIESTA VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### CHIEDO

**copia degli atti amministrativi relativi alla verifica dell'esenzione E02.**

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Allegati:

- copia carta di identità

## DELEGA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
delego il/la sig./ra \_\_\_\_\_ documento n. \_\_\_\_\_  
al ritiro della copia degli atti amministrativi relativi alla verifica dell'esenzione E02.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

---

**SOS Coordinamento Attività Amministrative Ospedaliere**

Ospedale Cardinal Massaia, corso Dante n. 202 - 14100 Asti  
Ospedale S. Spirito, piazza Garibaldi n. 14 - 14049 Nizza Monferrato  
tel. 0141/481111 - fax 0141/485342 - e-mail: protocollo@pec.asl.at.it