
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 E03.

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 E03.

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