

Protocollo n. _____

Spettabile Direzione
Azienda pubblica di servizi alla persona JBFestaz

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di (specificare il grado di parentela) _____

Telefono: _____

CHIEDE

n. ___ copia/e della cartella sanitaria del/la sig.r/ra _____

per il seguente motivo:

Aosta li _____

Firma

Allegati: copia carta d'identità del richiedente