
SERVIZIO PRELIEVI EMATICI/TAO01.03.02.04.00

DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Signor Sindaco
del Comune di
Sesto ed Uniti (Cr)

Io sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio (barrare la casella che interessa)

prelievi ematici

prelievo TAO (trattamento in terapia anticoagulante)

istituito presso la RSA "Casa Soggiorno Nolli-Pigoli" il giovedì dalle ore 07.30 alle ore 08.30.

In fede

Sesto ed Uniti, li _____

(Firma)