

MODULO PAGAMENTO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(U.O. Medicina Legale – uff. _____ sede di _____)

Da presentare allo sportello cassa

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

MACROCAUSALE: DIRITTI MEDICINA LEGALE (MED.LEG)
DESCRIZIONE : *Copia di documentazione sanitaria U.O. Medicina Legale*

IMPORTO DOVUTO € _____ , _____

=====
Parte da compilarsi da parte del richiedente

Nominativo del titolare (dei documenti rilasciati in copia)

(Cognome)

(Nome)

(Codice fiscale)

Ovvero

(Comune di nascita)

(Data di nascita)

Nominativo del rappresentante Legale o delegato del titolare

(Cognome)

(Nome)

(Codice fiscale)

Ovvero

(Comune di nascita)

(Data di nascita)

Data _____