Alla Direttore SPreSAL
Mediocampidano
spresal.sanluri@aslmediocampidano.it

RICHIESTA D'IDONEITÁ ALL'ESERCIZIO DI FOCHINO

Il sottoscritto_____nato a_____il _____

Residente in_____Via_____nc._____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

telefono | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

Che venga sottoposto a VISITA MEDICA DI IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DI FOCHINO

_____, _____

Firma del richiedente

_____