



**Richiesta copia foglio di lavoro prestazioni sanitarie
SS.CC. Chirurgia maxillo-facciale/Odontostomatologia**

**Al Direttore Generale
Mura delle Cappuccine, 14
16128 Genova**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in _____

_____ C.A.P. _____ recapito telefonico _____,

chiede copia del foglio di lavoro, relativo alle prestazioni sanitarie erogate/da erogare presso la S.C.

Odontostomatologia/S. C. Chirurgia maxillo-facciale nel periodo dal _____

al _____ intestato a _____.

Data

Firma

N.B.

Alla presente deve essere allegata fotocopia del documento di riconoscimento dell'intestatario del foglio di lavoro. In caso di ritiro non effettuato dall'intestatario dello stesso allegare delega e fotocopia del documento di identità sia del delegante che del delegato.

Riservato all'E.O. Ospedali Galliera

E' stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti.

Genova ____ / ____ / _____

L'operatore _____

