


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	MODULO RICHIESTA CERTIFICAZIONI	Mod3POAAGGLL16	Rev:1
		Data:30/08/2018	
		pag.1	di:1

Spett.le ASST Bergamo Ovest
 Ospedale Treviglio
C.a. UOS AAGGLL- Settore AAGG
rossella_prandina@asst-bgovest.it
 Piazzale Ospedale 1
 24047 TREVIGLIO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Frequentante l'ASST in qualità di **VOLONTARIO/A**

Con la qualifica di: _____

c/o l'UO/Servizio/Poliambulatorio/Sert/Consultorio di: _____

Città di: _____

Dal _____ Al _____

Nome Tutor _____

CHIEDE

Il rilascio di n° _____ certificat _____ ad uso _____

Note:

Chiede inoltre che il suddetto documento venga inviato all'indirizzo seguente:

Via: _____ Cap: _____

Città: _____ Prov.: _____

Tel.: _____ Cell.: _____

Email: _____

Pronto entro il: _____

IL RICHIEDENTE

(firma o nome/cognome in stampatello)

Lì _____
