

**Al Direttore SERVIZIO GRU
ASL Na 3 Sud
Via Marconi, 66
80059 - Torre del Greco (Na)**

OGGETTO: richiesta visita medico collegiale.

La/il sottoscritta/o _____ matricola _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in _____

Tel _____ in servizio presso _____

con la qualifica di _____

chiede

di essere sottoposta a visita medica da parte del Collegio Medico Aziendale

Data

Firma
