

ISTANZA DI RILASCIO DI CERTIFICATO

.....I..... sottoscritt.....
nat... a il
residente in vian.
medico convenzionato con il S.S.N. – ASP Ragusa – ambito territoriale
codice regionale n. per
 assistenza primaria
 pediatria di libera scelta

CHIEDE

il rilascio di numero certificat ... di (*servizio, sostituzioni, etc.*).....
.....
per il seguente uso:
..... (*da compilare obbligatoriamente*).

Dichiara, inoltre, per quanto riguarda il pagamento dell'imposta di bollo, di trovarsi nella seguente condizione:

- Non esente
- Esente(*specificare causale esenzione*)

Si allegano n. marche da bollo da € 16,00.

.....,
Luogo e data

Il Richiedente
.....