

Prot. n° _____ del _____

Al Direttore del Ser. D. _____

Oggetto: Nulla osta a tempo determinato

Vista la richiesta del Sig. _____ nato a _____ il _____
e residente in _____ alla Via _____

si rilascia nulla osta alla presa in carico presso il Vostro Servizio.

Si allega richiesta dell'interessato e documento d'identità.

Il Dirigente Medico
