

Modulo per istanza di visita medica collegiale richiesta dall'interessato

Al Collegio Medico Legale

ASL Salerno – DS 66

Via Torrione 113 – Salerno

Oggetto: richiesta di visita medica collegiale

Dipendente \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ), il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

assunto/a presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di

\_\_\_\_\_

CHIEDO

di essere sottoposto/a a visita medico collegiale.

Si allega:

Istanza in fotocopia

Certificati medici

Fotocopia carta di identità

Salerno, \_\_\_\_\_

firmato