



CASSA ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DI ROMA E DEL LAZIO

MODULO DI RICHIESTA PER DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sig./sig.ra documento di identità (estremi)

chiede il rilascio della seguente documentazione

.....

del paziente in copie n°

per uso (specificare)

Roma, li __ / __ / ____

Firma del richiedente

.....