

ATTESTAZIONE DI PRESENZA PER PRESTAZIONE SANITARIA O ACCOMPAGNAMENTO

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra..... nato/a a
..... il..... si è presentato/a in data
..... dalle ore alle ore..... presso il Presidio
Ospedaliero /Distretto Sanitario/ Servizi Territoriali.....per:

Sottoporsi a visita medica o altra prestazione sanitaria;

Accompagnare il/la Sig./Sig.ra ad
effettuare prestazione sanitaria in qualità di (genitore;
figlio/a; moglie; convivente more uxorio; altro: specificare).

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Firma leggibile del sanitario

.....

TIMBRO AZIENDALE