

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

SEDE DI.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

C H I E D E

Il rilascio in:                      Carta semplice

Copia conforme

dei seguenti documenti amministrativi:

---

---

---

**Per il seguente dettagliato motivo:**

---

---

---

Documentazione da allegare: fotocopia documento di riconoscimento

Trapani, \_\_\_\_\_

IN FEDE

---