

ALLEGATO 12

Prot. Gen. ASP CZ N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Medico Responsabile  
P.U.A. D.S.S. di Soverato**

**Oggetto: Richiesta fornitura montascale**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

La fornitura dell'ausilio sopra specificato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soverato \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_