Mod/SAN.4

Alla ASL 7 di Carbonia
Servizio Prevenzione e Sicurezza
Ambienti di Lavoro
Via Dalmazia n.83
09013 CARBONIA

RICHIESTA D'IDONEITÁ ALL'ESERCIZIO DI FOCHINO

Il sottoscritto _____nato a _____il _____

Residente in _____ Via _____ nc._____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

telefono | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

Che venga sottoposto a VISITA MEDICA DI IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DI FOCHINO

_____, _____

Firma del richiedente

_____