



Autodichiarazione per accedere all'AOU di Sassari per prestazioni ambulatoriali

Cognome e nome* _____

Luogo e data di nascita* _____

Residenza _____

Telefono _____ E-mail _____

**Si dichiara di aver prenotato una visita ambulatoriale per le ore _____
presso il servizio di _____**

Sassari, li _____

Firma dell'utente

* campi obbligatori



Autodichiarazione per accedere all'AOU di Sassari per prestazioni ambulatoriali

Cognome e nome* _____

Luogo e data di nascita* _____

Residenza _____

Telefono _____ E-mail _____

**Si dichiara di aver prenotato una visita ambulatoriale per le ore _____
presso il servizio di _____**

Sassari, li _____

Firma dell'utente

* campi obbligatori