

**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