REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

AL Direttore Amministrativo
Presidio Ospedaliero BARI-SUD
S E D E

I__ sottoscritt__ _____

nat__ il _____ a_____ __in servizio

presso l'U.O. di _____dello Stabilimento Ospedaliero

" DI VENERE " di Bari-Carbonara, con la qualifica di _____

DI RUOLO
INCARICATO

C H I E D E

il rilascio di n. _____ A T T E S T A T O D I S E R V I Z I O

per uso_____

Bari lì,_____