

**Denominazione Ente**

.....  
.....  
Via/Piazza.....n°.....  
C.A.P. ....Città.....Provincia.....  
Codice Fiscale .....Partita IVA.....  
Telefono .....Fax n° .....

Prot. N° .....del .....

REGIONE DEL VENETO  
UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA N. 16 - PADOVA  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica  
Via E. degli Scrovegni, n° 14 - 35131 Padova

**SI RICHIEDE VISITA FISCALE**

AMBULATORIALE

DOMICILIARE

**PER IL/LA DIPENDENTE**

Cognome..... Nome .....

Nato/a il .....nel Comune di .....

**Domiciliato/a** .....**in via**.....

CAP.....

MALATO/A DAL .....AL.....PROGNOSI GIORNI .....

EVENTUALI COMUNICAZIONI.....  
.....  
.....

VISITE FISCALI: Fax.: 049-8214279

.....  
FIRMA