



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

All' Azienda Sanitaria Locale di
POTENZA

IL/La sottoscritta _____
nat _____ il _____ a _____
e residente a _____ in _____

C.F. _____ madre o padre _____
_____ nato il _____

Trapiantato di / in attesa di trapianto _____
in data _____ presso _____

CHIEDE

che ____ venga concessa l'autorizzazione preventiva a servirsi di mezzo

_____ per recarsi presso _____
per il controllo del giorno _____
accompagnat dal _____

Data _____

(firma)