

ALLA S.S D. MEDICINA LEGALE
ASLBI

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a a..... ilC.F.

Residente in.....cap..... Via.....

CELL

MAIL (IN STAMPATELLO)

.....

CHIEDE

la valutazione circa la sussistenza delle condizioni di cui all'articolo 26 comma 2 del D.L.
17/03/2020 N. 18.

A tal fine allega:

Documento d'identità (in corso di validità)

Tessera TEAM (codice fiscale)

Modulo Privacy firmato

Certificazione medica specialistica attestante lo stato immunodepressivo o la patologia oncologica
in atto e relative terapie salvavita

Certificato riconoscimento di Legge 104

Data,_____

Firma