

**AZIENDA USL VALLE D'AOSTA
ALLA S.C. MEDICINA LEGALE
Loc. LOC. AMERIQUE 7/L
11020 QUART (AO)**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a..... il C.F.

residente in.....cp.....Via

CELL

MAIL (IN STAMPATELLO).....

CHIEDE

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

A tal fine allego:

Documento di identità (in corso di validità)

Tessera TEAM (codice fiscale)

Modulo autorizzazione al trattamento dei dati personali firmato

Certificato riconoscimento di Legge 104/1992

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

Documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini del giudizio

Data,

Firma leggibile
