

Casa di Cura privata “Città di Aprilia”
Via Palme,25 – 04011 – Aprilia (LT)

Aprilia, _____

A richiesta dell'interessato

Sig. _____ nato a _____

Documento _____ N° _____

Si dichiara

che lo stesso in data odierna si è sottoposto a

- accertamenti clinici
- intervento chirurgico

presso i nostri servizi _____

e ha lasciato questo luogo di cura alle ore _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Il Servizio di Accettazione
