

Occhieppo Inferiore,

Spett.le Opera Pia A. E. Cerino Zegna

Io sottoscritto..... ,parente di,
deceduta/o / dimessa/o in datarichiedo

Gentilmente la fotocopia, vidimata dal Direttore Sanitario, di:

í cartella clinica

í dei seguenti documenti:

.....
.....
.....
.....

In fede

Firma