

Servizio Tossicodipendenze/Alcologia
ULSS 7
Viale Spellanzon, 55
31015 Conegliano (TV)

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a il/...../.....
residente avia.....n°.....

CHIEDE

a questo Servizio certificazione di :

- Tossicodipendenza
- Trattamento in atto
- per la Commissione Medica Provinciale Patenti di Guida
- Altro (specificare)

per uso
.....
.....
.....
.....
.....

Distinti saluti

Conegliano,

Firma del richiedente

.....