SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
Direttore: f.f. Dott.ssa Maria Rosa Spagnolo
Sede territoriale di _____
Via _____ – _____ (FE)
Tel. _____ Fax _____
e-mail: dirdsp@pec.ausl.fe.it

SOMMARIE INFORMAZIONI TESTIMONIALI

Del Sig._____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n°_____

Il giorno_____ alle ore _____ nel comune di _____, presso

_____ avanti a noi _____

_____ addetti dello S.P.S.A.L.

è presente la persona sopra generalizzata che spontaneamente dichiara quanto segue:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Il presente verbale viene chiuso alle ore _____.

Scritto, letto e confermato si sottoscrive

Il Dichiarante **I Verbalizzanti**

_____ _____