

Servizio SPRESAL- ASL Cagliari
Via Romagna, 16
09127 Cagliari
serviziospresal.aslscagliari@aslscagliari.it
spresal@pec.aslscagliari.it

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (prov. _____) il _____

residente in _____ Via/piazza _____

Titolare della impresa/ditta _____

Con sede legale in _____ Via _____ tel. _____

CHIEDE

Il rilascio del certificato medico di idoneità al lavoro per l'attività di:

- conduttore di caldaie generatrici di vapore _____
- fochino

.....
.....

Acconsento, per quanto previsto dal D.Lgs. 196/03, a che i dati personali sopra riportati siano utilizzati dalla ASL 8 di Cagliari al solo scopo di consentire l'evasione della pratica

Data _____

Timbro e firma