

Servizio SPRESAL
ASL Cagliari
Via Romagna, 16
09127 Cagliari

serviziospresal.aslscagliari@aslscagliari.it
spresal@pec.aslscagliari.it

OGGETTO: richiesta duplicato libretto apparecchi a pressione.

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____
via _____ n° _____
in qualità di _____ Telefono _____

CHIEDE

gli venga rilasciata copia del libretto matricolare dell'apparecchio a pressione:

marca _____ matricola _____
installato presso _____
sito in _____ Via _____ n° _____

Nota: Per il ritiro, una volta ricevuta la conferma che in archivio è presente l'originale, l'utente dovrà presentare:

- attestato di versamento di € 76,53 sul c.c.p. n° 21780093 intestato a “ASL Cagliari-Tesoreria – Cagliari” con la seguente causale di versamento: rilascio duplicato libretto matricola _____;
- marca da bollo di € 16.00.

Data _____

(Firma)