

DIREZIONE REGIONALE  
MOLISEAL Laboratorio  
Campobasso

Oggetto: Richiesta di esami ematochimici per la sorveglianza sanitaria del personale sanitario delle Sedi Inail del Molise

Si comunica che il Sig. \_\_\_\_\_ si presenterà presso codesta struttura il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Si prega pertanto di fornire le seguenti prestazioni:

Il Direttore

**RISERVATA ALLA STRUTTURA IN INDIRIZZO**

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

sono state fornite le prestazioni sopraindicate di cui si trasmette fattura.

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

Firma del dipendente che riceve le prestazioni

\_\_\_\_\_

**COPIA DA RESTITUIRE ALL'INAIL**