- Studio Medico Do.ssa Rossella PANARIELLO
  amministrazione@safero.it

- e p.c. Al Dirigente Scolastico Del II Circolo Didattico " E. Celentano" -POMPEI-
  naee220002@istruzione.it

Il/La sottoscritt_ _____, nat_ a _____

Il ____/_____/_____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

CHIEDE

Alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente del Lavoro e a tal fine comunica i propri contatti:

- telefono/cellulare: _____

- indirizzo di posta elettronica: _____@_____._____

Data ___ / _____ /_____

In fede

_____