



CONSORZIO
SICILIA
HEALTH SERVICES



Spett. Associazione Pegaso Odv
Via Pietro Castelli N 284
98122 Messina

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____

Nome _____,

Nato a _____ Prov (____) il _____

Residente nel Comune di _____ Prov (____)

Via _____ n° _____

Stato Civile _____

Professione. _____

Patente _____

Titolo di Studio _____

Attestati professionali _____

Tel _____ Fax _____ cell _____

E-mail: _____ Codice Fiscale _____

Carta d'identità _____

Gruppo sanguigno _____

Cittadinanza _____





CONSORZIO
SICILIA
HEALTH SERVICES



Spett. Associazione Pegaso Odv
Via Pietro Castelli N 284
98122 Messina

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____

Nome _____,

Nato a _____ Prov (____) il _____

Residente nel Comune di _____ Prov (____)

Via _____ n° _____

Stato Civile _____

Professione. _____

Patente _____

Titolo di Studio _____

Attestati professionali _____

Tel _____ Fax _____ cell _____

E-mail: _____ Codice Fiscale _____

Carta d'identità _____

Gruppo sanguigno _____

Cittadinanza _____

1