

Io sottoscritto Dr. Romolo Cimini Medico di Medicina Generale codice convenzione n. 28204 presso l'AUSL di Bologna, dichiaro che nulla osta ad accogliere fra i miei assistiti il Sig. /la Sig.ra

COGNOME _____

NOME _____

Codice Fiscale _____

residente in via _____ n. _____

Città _____ (Prov. _____)

San Benedetto Val di Sambro,

data _____

In fede
Dr. Romolo Cimini