

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

Dr. CIMINI ROMOLO
C.F. CMNRML56H09D803N
convenzionato SSN-Az. USL di Bologna
medico di medicina generale
e-mail: r.cimini@biomusia.it - tel. 339 6611001

Romolo Cimini