



Azienda Sanitaria Provinciale Messina
Via Giuseppe La Farina, 263/n - 98123 Messina
P.IVA: 03051870834

Istanza riesame parere negativo Commissione Sanitaria Regionale

Il/La sottoscritto/a

nato/a

data di nascita

.....
Codice Fiscale

.....
residente in

.....
via

.....
città

.....
essendo venuto/a a conoscenza del parere negativo espresso dalla commissione sanitaria regionale nella seduta del
con prot. n.

.....
con la seguente motivazione:

.....
CHIEDE

il riesame della suddetta pratica ed espone quanto segue:

.....
si allegano alla presente:

1.
2.
3.
4.

Firma

.....