



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

cognome

nome

nato/a a

il

residente in

via

Codice fiscale

tel./email

Nella qualità di: (inserire grado di parentela)

Nell'interesse di: (inserire cognome e nome dell'assistito)

essendo venuto/a a conoscenza del parere negativo espresso dalla Commissione Sanitaria Regionale

Nella seduta del

Protocollo N°

con la seguente motivazione

CHIEDE

il riesame della suddetta pratica ed espone quanto segue

Si allega alla presente:

Luogo e Data

Firma