

Allo S. Pre. S. A. L.
Dipartimento di Prevenzione
Azienda Sanitaria Provinciale di
Palermo
Via M. Stabile,7 90139 Palermo

Oggetto: richiesta di idoneità psicofisica per l' iscrizione all' albo prefettizio per l'impiego del personale addetto ai servizi di controllo delle attività di intrattenimento e di spettacolo nei luoghi aperti al pubblico (art. 5 D. M. Interno 06/10/2009 e s. m. i.).

___ I ___ sottoscritt _____
nat ___ a _____ il _____ Residente a _____
Via _____ n° _____ Città _____ CAP _____
C. F. _____ Tel. _____

Chiede che venga rilasciato il certificato di idoneità psicofisica di cui all'oggetto.

Il richiedente si fa carico delle spese relative alla visita medica ed agli accertamenti. Il rilascio del certificato è subordinato alla acquisizione del relativo pagamento delle prestazioni rese.

Data _____ Firma _____

NOTE PER L'UTENTE:

Presentarsi a digiuno munito di:

- Documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale
- Eventuale documentazione (recente e non) in possesso al fine di ridurre i tempi di rilascio del certificato di idoneità
- Le visite si effettuano tutti i giorni tranne il sabato dalle ore 8.30 alle ore 11.00 previo prenotazione (tel. 091/7032618 / 2621).

Il prelievo di sangue si effettua entro e non oltre le ore 9.30