



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Da compilare con i dati di riferimento dell'U.O. di competenza

ALLEGATO 2

Luogo e data

**AL ...volontario
e. mail.....**

e, p.c.

**AL DIRETTORE
U.O.
DOTT.**

**AL TUTOR
DOTT.....**

ALLA MEDICINA OCCUPAZIONALE

(soltanto nel caso in cui il frequentatore sia stato sottoposto a visita)

Oggetto: Autorizzazione frequenza volontaria

In riferimento alla Sua richiesta del _____, agli atti con prot. n° _____/A del _____, Le comunico che la S.V. è autorizzata alla frequenza in qualità di _____ volontario dell'Unità Operativa _____ presso _____, per il periodo dal _____ al _____.

Distinti saluti