

Spett.le
Azienda Socio Sanitaria Territoriale
Segreteria Invalidi Civili di

ISTANZA DI TRASFERIMENTO FASCICOLO

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra.....
nato/a a..... Provincia il
residente a.....via..... n.....,
telefono.....
precedentemente residente a.....
via..... n.,

CHIEDE

il trasferimento del fascicolo sanitario di Invalidità Civile presso la Commissione per l'accertamento dell'invalidità Civile di
vian. CAP Luogo
Tel. fax

Data,

In fede

Si allega copia documento d'identità in corso di validità