

**MODELLO PER RICHIESTA VISITA FISCALE**

DA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

partita IVA o codice fiscale \_\_\_\_\_

A : USLUMBRIA2 – SERVIZIO MEDICINA LEGALE SEDE FOLIGNO  
VIA DEL CAMPANILE, 12/D  
FOLIGNO (PG) 06034

numero fax: 0742/339546

indirizzo e-mail: [visitefiscali.foligno@uslumbria2.it](mailto:visitefiscali.foligno@uslumbria2.it)

Oggetto: visita fiscale

Tipo di visita: ambulatoriale / domiciliare (cancellare quello che non occorre)

Cognome e nome del dipendente: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo dove effettuare la visita: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Recapito telefonico nel caso di visita ambulatoriale \_\_\_\_\_

Assente per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_