

FIRMA PER PETIZIONE CONTRO ASL/AOSP/IOR

N.°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Comune di residenza	Indirizzo	N.° documento	Firma
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

FIRMA PER PETIZIONE CONTRO ASL/AOSP/IOR

N.°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Comune di residenza	Indirizzo	N.° documento	Firma
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						

FIRMA PER PETIZIONE CONTRO ASL/AOSP/IOR

N.°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Comune di residenza	Indirizzo	N.° documento	Firma
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						

FIRMA PER PETIZIONE CONTRO ASL/AOSP/IOR

N.°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Comune di residenza	Indirizzo	N.° documento	Firma
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						