

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____
del/la signor/a _____ Ospite
dell'ASP " D.Moro" di Codroipo,

autorizza

il ritiro delle Raccomandate intestate all'Ospite suddetto e recapitate presso l'ASP,
e chiede di essere avvisato/a per il ritiro al seguente numero
telefonico _____

In fede

non autorizza

In fede

Data _____

Si prega di rendere la scheda debitamente compilata e firmata.