

PETIZIONE CONTRO IL DECLASSAMENTO DEL DEA DELL'OSPEDALE SANT'EUGENIO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Documento N. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Documento N. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Documento N. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Documento N. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Documento N. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_