



AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE

**ATTESTAZIONE DI PRESENZA PRESSO LE STRUTTURE DELL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE
PESARO URBINO**

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____

si è presentato/a presso l'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino, sede di _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ .

Si rilascia la presente attestazione su richiesta dell'interessato/a.

Per l'Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro Urbino