



AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI VERONA

PRENOTAZIONE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE

Dati anagrafici

Cognome: (*)	
Nome: (*)	
Sesso: (*)	Data di nascita: (*) __ / __ / _____
Codice fiscale: (*) _____	
Comune nascita: (*)	Provincia: (*) __ __
Comune residenza: (*)	Provincia: (*) __ __
Via e n. civico: (*)	
Tel. Abitazione: (**)	Tel. Cellulare: (**)
Indirizzo e-mail:	

Dati prenotazione

Indicare la specialità del Medico:	
Indicare Nome e Cognome dello specialista richiesto (*)	
In caso di visita specificare se	<input type="checkbox"/> Prima visita <input type="checkbox"/> Controllo
Sede di erogazione prescelta	<input type="checkbox"/> O.C.M. <input type="checkbox"/> Policlinico <input type="checkbox"/> Voleggio
Note / Indicazioni utili alla prenotazione:	

(*) Il campo è obbligatorio

(**) Almeno uno dei campi è obbligatorio

Autorizzo al trattamento dei dati personali (*) (informativa esposta sul sito)