

## **FAC-SIMILE RICHIESTA**

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome Nome:

Data di nascita:

Centro dialisi di provenienza (indirizzo, recapito telefonico, medico di riferimento):

Indirizzo di residenza:

Telefono:

**Chiede di effettuare dialisi presso uno dei CAL della provincia di Reggio Emilia secondo disponibilità**

Motivi del soggiorno:

Periodo di soggiorno previsto:

Indirizzo durante il soggiorno a Reggio Emilia:

Telefono e nominativo di persona di riferimento in caso di urgenze: