



## **RICHIESTA COPIE RADIOGRAFICHE**

Il / La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

Copia conforme di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

al fine di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**In Fede**

\_\_\_\_\_

**Mestre**

\_\_\_\_\_