



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Da compilare con i dati di riferimento dell'U.O. di competenza

## ALLEGATO 4

Luogo e data

**OGGETTO:** Attestato di frequenza.

A richiesta dell'interessato, visti gli atti d'ufficio,

si attesta

che \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, ha frequentato, in qualità di \_\_\_\_\_ volontario e con regolare autorizzazione, l'U.O. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ sino al \_\_\_\_\_.

Si rilascia in carta semplice, per gli usi consentiti dalla legge.