



 **MACROAREA DISTRETTO**

Direttore f.f. Dott. Vittorio Scialè  
Via Zeppilli, 10 - Fermo  
Tel.: 0734 625 3341  
e-mail: distretto.av4@sanita.marche.it

Fermo, li .....

ORDINE DI RITIRO DEL .....

**ASSISTITO**

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo Via ..... Località .....

N. Telefonici .....

Familiari .....

**PRESIDI / AUSILI DA RITIRARE:**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

ORDINE RICEVUTO DA .....

---

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Oberdan – 60131 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424  
**Area Vasta n. 4** Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM  
Tel. 0734.625111 - e-mail: direzione.av4@sanita.marche.it - www.asur.marche.it