## AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE DI 47034 FORLIMPOPOLI (FC)

## - Richiesta autentica firma -

Il/La sottoscritto/a	
a	
diAgente di Polizia Municipale per l'auten	tica della firma del/la sig./ra
a	
<ul> <li>Ministero del Lavoro, della Salute e delle F 16/09/2008.</li> <li>□ L'interessato/a si trova ricoverato presso la str nel reparto stanza nr dell'Agente preferibilmente il giorno</li> </ul>	ruttura ospedaliera di Forlimpopoli : si richiede la visita
☐ L'interessato/a si trova presso l'abitazione si a Forlimpopoli, si richiede la visita giorno alle ore	dell' Agente preferibilmente il
Forlimpopoli	Firma richiedente