



SANI.A.R.P. Campania On Line

SANITÀ a centralità dell'Assistito e della Risposta Prescrittiva

RICHIESTA ADESIONE A SANIARP

IL SOTTOSCRITTO REFERENTE Procedura CELIACHIA _____

Nato il _____ a _____

CF _____

Documento n. _____ tipo _____

EMAIL _____

Telefono per eventuali contatti _____

CHIEDE DI ESSERE REGISTRATO SUL PORTALE SANI.ARP

Firma

Da inviare via e.mail