Prot. N. _____ **Del** _____

Il Sottoscritto:

Cognome _____ **Nome** _____

CDL _____ **Presidio** _____

RICEVE IN CONSEGNA

Da _____

Descrizione materiale				
	Tipo / Modello	**Marca**	**Qtà**	**Cespite**
1				
2				
3				
4				
5				

Firma del ricevente

Il Responsabile
Settore Amministrazione Progetti di Ricerca
e Lauree Professioni Sanitarie
Dott. Marco PAULETTO