

**Modulo di invio a prima visita presso l'ambulatorio di prevenzione  
nutrizionale della UOC Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione**

Si invia il Sig.....

nato a..... ( )

il..... Tel./Cell .....

a sostenere **PRIMA VISITA** presso l'ambulatorio di Prevenzione

Nutrizionale della UOC Servizio Igiene degli Alimenti e della

Nutrizione.

Data .....

Timbro e firma del MMG

**N.B.** La visita deve essere prenotata presso gli sportelli del CUP Provinciale oppure:  
telefonicamente al numero verde **800061644** (da telefono fisso) oppure **0425/362000** (da  
cellulare);  
tramite fax al numero **0425/394913** (indicare il numero telefonico, possibilmente cellulare, cui  
poter essere ricontattato dal personale CUP)