

*U.O.C. Igiene Sanità Pubblica*

**Azienda U.S.L. Roma 2**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**U.O.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica -SISP**  
**Viale Battista Bardanzellu, n. 8**  
**00155 Roma**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in (Via+Cap+Comune) \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Tipo di Attività: **RICHIESTA TEST INTRADERMOREAZIONE SECONDO MANTOUX**

**Importo da Pagare € 10,00 (Dieci/00) per ogni singola esecuzione di Test intradermoreazione secondo Mantoux**

<i>Descrizione attività</i>	<i>Costo Totale</i>
Esecuzione TEST Mantoux	€ 10,00 (dieci/00)
<b>TOTALE DA PAGARE</b>	<b>€ 10,00 (dieci/00)</b>

**N.B:** L'importo dovuto per le attività sopra descritte è stabilito nel rispetto del Tariffario Regionale previsto dalla D.G.R. Lazio del 19/12/1995 n. 10740.

Il pagamento di quanto dovuto può essere effettuato, utilizzando il presente modello, sia presso gli sportelli CUP, sia servendosi delle Postazioni Automatiche (TOTEM) della ASL Roma 2, oppure tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate – BNL - Ag. 21 Via Tiburtina n 399 – codice **IBAN: IT 79 M 01005 03221 000000218020** utilizzando l'apposita causale.



IP09