

Nome *	
Cognome *	
Via *	
CAP, Luogo *	
Data di nascita*	
Luogo di nascita*	
Cellulare	
Telefono	
E-Mail	
Persona di contatto (Familiare o parente)	(Persona di fiducia in caso di Sua non reperibilità)
Tel. persona di contatto	
Medico di base	
Attestazione di visita medica (per i permessi di lavoro, ad esempio in provincia e comuni)	<input type="checkbox"/> non necessario <input type="checkbox"/> Sì, il mio datore di lavoro riconosce questo (Si prega di verificare con il superiore prima dell'appuntamento)
Nota (ad es. giorno preferito della settimana/ periodo, accompagnatore/i, disabilità)	

Consegnare/Inviare:

**Centro CHRIS – Ospedale di Silandro, ore 8-12**

**Fax 0471 055 599 - appuntamento Tel. 0471 055 502**

**E-Mail [chris@eurac.edu](mailto:chris@eurac.edu)**

**Appuntamento - riservata al personale CHRIS**

Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Workflow: \_\_\_\_\_

**CHRIS**  
Südtiroler Gesundheitsstudie  
Studio sulla salute in Alto Adige