

Allegato A1



in collaborazione con  **UCCIERO**
ORTOPEDIA
Nessuno è perfetto

Al Responsabile del Progetto

Oggetto: Adesione al Progetto Scoliosi

Con la presente, il Comune _____
nella persona dell'Assessore _____ ,
letto e approvato il Progetto di Screening territoriale delle patologie della colonna vertebrale,

DICHIARA

la propria volontà ad aderire allo stesso, con le modalità ed i tempi descritti nell'allegato Progetto.

_____ , _____