|  |
| --- |
| **SCHEDA IDENTIFICATIVA SOGGETTI CENSITI**  |
| **NOME COGNOME** | **DATI ANAGRAFICI E RESIDENZA** | **DATA DI ARRIVO** | **ZONA DI PROVENIENZA****(Comune/Regione)** | **MEZZO DI ARRIVO** | **CONSULT. MEDICA** | **TELEFONO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |