

	NOME	COGNOME	INDIRIZZO	CITTÁ	DATA DI NASCITA	DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	FIRMA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

MODULO RACCOLTA FIRME - “DIFENDIAMO IL NOSTRO OSPEDALE”

Referente: Alberto Genesin, 3475615284

Difendiamo il nostro ospedale – Castelfranco Veneto

