

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale  
"Città di Torino"

OSPEDALE OFTALMICO

**SALA  
OPERATORIA**

*Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*ANNO* \_\_\_\_\_