



DA ESIBIRE OBBLIGATORIAMENTE PER IL RITIRO DEL REFERTO

Il/La Sig./Sig.ra _____ data di nascita ____ / ____ / ____

ha eseguito il seguente esame _____ in data ____ / ____ / ____

Potrà ritirare il referto a far data dal _____

ORARI PER IL RITIRO

mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 12 alle ore 13 - sabato dalle ore 9 alle ore 12

pomeriggio: dal lunedì al venerdì dalle ore 15:00 alle ore 19:00

PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE E' NECESSARIO CHE IL PAZIENTE ESIBISCA UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Per qualsiasi necessita' contattare il Servizio di Accettazione della Radiologia dal Lunedì al Sabato dalle 9 alle 12 al numero 070 52965391

DELEGA AL RITIRO DEL REFERTO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ via _____ n° _____

AUTORIZZA AL RITIRO DEI PROPRI REFERTI (apporre una x sulle parti interessate):

☐ Il Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Firma del Paziente _____

Data _____

Firma del Delegato _____

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DEL PAZIENTE E DEL