



UOC MEDICINA NUCLEARE
MODULO RICHIESTA COPIA ESAME
DIAGNOSTICO

MOD01_IOnuclT001_ORG

Pag 1 di 1
Rev1
Del
31.03.2019

Il sottoscritto/a _____ Tel _____

Nato/a il ____/____/____ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

- Paziente
- Altro _____

Con la presente richiede copia di:

- Referto
- CD

Relativo alla prestazione _____

Avvenuta il giorno: ____/____/____

Firma _____

Delega al Ritiro

Io sottoscritto _____

Nato il ____/____/____ Documento (acquisire copia) _____

Delego

Al ritiro della documentazione sanitaria oggetto della presente richiesta munito di documento e copia del documento dell'avente diritto.

Firma dell'avente diritto _____

NB: Il giorno del ritiro il Soggetto delegato si dovrà presentare con la delega firmata dell'avente diritto munito di : 1. Copia della carta di Identità dell'avente diritto firmata; 2. Proprio documento di identità