



SERVIZIO DI RADIOLOGIA

Sig./sig.ra _____

Il referto può essere ritirato dal giorno _____

previa presentazione del documento d'identità n.ro _____

con il seguente orario:

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 08.00 alle ore 18.00
Presso il SERVIZIO CENTRALINO
tel. 041-5071611

In caso di impossibilità da parte del titolare della ricevuta, compilare la sotto indicata delega:

Autorizzo a ritirare il referto diagnostico per mio conto il Signor/a

_____ (in stampatello)

Data, _____ Firma (Leggibile) _____

Chi è delegato al ritiro deve essere in possesso del proprio documento d'identità

n.ro _____ e di quello del delegante n.ro _____

CONSEGNA/RITIRO RADIOGRAMMI IN VISIONE

Vengono **consegnati** radiogrammi in visione SI' NO

Data _____ Firma _____

(Operatore che riceve la documentazione)

Vengono **ritirati** i radiogrammi lasciati in visione SI' NO

Data _____ Firma _____

(Dell'utente)

Tac	
Radiografie	
Ecografie	
Densitometrie	
Mammografie	
Altro	