

Alla Direzione Sanitaria

Il/la sottoscritto/a	in qualità di: <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> persona delegata o avente diritto
----------------------	---

Nato/a il	a	prov. di
-----------	---	----------

Recapito telefonico del richiedente per eventuali comunicazioni da parte dell'Azienda:

Chiede il rilascio della

☐ propria documentazione

☐ documentazione del paziente:

nome cognome

nato/a il

consistente in n°.....copia/e su supporto digitale (costo € 12,50) del seguente esame:

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Radiografia | tipologia |
| <input type="checkbox"/> Ecografia | tipologia |
| <input type="checkbox"/> TAC | tipologia |
| <input type="checkbox"/> Risonanza magnetica | tipologia |
| <input type="checkbox"/> Coronarografia | tipologia |
| <input type="checkbox"/> PET | tipologia |
| <input type="checkbox"/> Esame scintigrafico | tipologia |

Effettuato/i

- ☐ durante il ricovero presso il Pronto Soccorso/reparto di
dal al
- ☐ come prestazione ambulatoriale effettuata in data.....

Data.....

Firma del richiedente.....