

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:

- Radiografia tipologia
- Ecografia tipologia
- TAC tipologia
- Risonanza magnetica tipologia
- Coronarografia tipologia
- PET tipologia
- 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.....