



U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - Tel 0823/232031

MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIE DI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Direttore: Giovanni Giordano

Il/la sottoscritt _____ nat_ A _____ IL __/__/____

Documento _____ C. F. _____ tel _____

CHIEDE

Copia Esami di Diagnostica per Immagini relativi al paziente:

Cognome _____ Nome _____ nato il __/__/____

A _____ residente Via _____ Comune _____

Eseguite il _____ in regime di prestazione Ambulatoriale

Eseguite il _____ in regime di prestazione di Pronto Soccorso

Eseguita dal _____ al _____ durante la propria degenza nel reparto _____

☐

Referto + Immagini

forniti su CD

(costo di 30 Euro)

☐

Referto

fornito in cartaceo

(costo 3 Euro cad.)

La documentazione richiesta potrà essere ritirata presso l'ufficio Accettazione della Radiologia nel seguente orario: 09:00 – 13:00. E' obbligatorio consegnare documenti di riconoscimento del titolare dell'esame e del delegato.

Data ____/____/____

Firma _____

Consegnati il ____/____/____

Firma del ritiro _____