

Ospedale Sacra Famiglia	RICHIESTA COPIA RADIOGRAFIE	Cod.Mod.IO34.04	Rev.6
Erba		Data:28/11/19	
Direzione Sanitaria		Pag.1	Di 1

Il/la sottoscritto/ in qualità di : **Diretto interessato**

CHIEDE

Cognome..... Nome.....
nato/a a il residente a
in vian. tel.Cell.....

Oppure in qualità di:

- padre/madre/tutore del minore** **tutore** **erede diretto (munito della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà D.P.R. 28.12.2000, n.445 art. 47)**

Di:

Cognome..... Nome.....
nato/a a il

<input type="checkbox"/> Copia esame radiologico su CD	€ 10.00 alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Copia esami RX	€ 18.00 fino a 3 (tre) lastre alla consegna della richiesta + € 6.00 ad ogni lastra in più
<input type="checkbox"/> Copia referto	€ 6.00 alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Spedizione delle copie dei documenti	Indirizzo:

Specifiche di esami

Copia esame radiologico su CD	Reparto.....	Del giorno.....
Copia esame radiologico su CD	Reparto.....	Del giorno.....
Copia esame radiologico	Reparto.....	Del giorno.....
Copia esame radiologico	Reparto.....	Del giorno.....
Copia referto	Reparto.....	Del giorno.....

Ad uso: personale assicurativo medico altro.....

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra corrisponde al vero ed **allega fotocopia del proprio documento d' identità.**
Per ulteriori informazioni telefonare al numero 031638273 segreteria Radiologia.

Data _____

Firma del Richiedente