

UOC Radiologia e Neuroradiologia Mestre

**Richiesta copia indagini radiologiche di Pazienti Esterni
o di Pronto Soccorso**

N.B.: se ritira un Soggetto Delegato, compilare il solo modulo IO-00066

Nome e cognome del/della Paziente _____

nato/a a _____ il ___/___/_____ residente a _____

via _____ n° _____

documento in corso di validità (tipo e numero) _____

emesso da _____

chiede in data odierna copie, per uso sanitario, delle seguenti indagini:

data e prestazione: _____

data e prestazione: _____

Importo in euro: _____

Data _____

Firma dell'Utente _____

Riservato all'Operatore che riceve la richiesta di copia delle indagini radiologiche

L'OPERATORE (nome e cognome) _____

FIRMA **OPERATORE** _____