



S.C. Medicina nucleare

Richiesta copia conforme esame di Medicina nucleare

Il/La sottoscritto/a,
nato/a il/...../.....
residente in, Via/Fraz.
Tel. Fax Email

Richiede la copia del referto e/o delle immagini relative all'esame

- eseguito in data
- eseguito in data
- eseguito in data

Si impegna a ritirare quanto richiesto e a pagare l'importo di € 1,86 + IVA di diritti fissi di copia ed il costo delle stampe, da determinare secondo il numero di copie necessarie.

Aosta, li Firma del richiedente

Estremi del documento

C.I. n° _____ Comune _____ Ril. _____
Pat. n° _____ Prefetto _____ Ril. _____
Altri documenti _____
