



Struttura Complessa di Radiologia Diagnostica ed Interventistica

## MODULO RITIRO REFERTI- DONNAS

DAL GIORNO \_\_\_\_\_

 **0125 – 80.63.00**

**PRESSO LO SPORTELLO “INFORMAZIONI” DEL POLIAMBULATORIO  
DI **DONNAS****

**DALLE ORE 8.00 ALLE ORE 16.30      DAL LUNEDI’ AL VENERDI’**

**DOCUMENTAZIONE INDISPENSABILE PER IL RITIRO DEGLI ESAMI:**

I REFERTI SARANNO CONSEGNATI ESCLUSIVAMENTE:

ALL'INTERESSATO

MUNITO DI: **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**

AL DELEGATO

MUNITO DI:

- 1.DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**, O FOTOCOPIA FRONTE E RETRO, DI CHI HA EFFETTUATO GLI ESAMI
- 2.DOCUMENTO DI CHI RITIRA;**
- 3.FOGLIO DI DELEGA** DEBITAMENTE COMPILATO E FIRMATO

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ....., il ...../...../.....

e Residente in .....

Via/fraz. .... (tel.....)

### **DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra .....al ritiro delle sue certificazioni.

FIRMA

\_\_\_\_\_