



**AZIENDA USL  
VALLE D'AOSTA**

**UNITÉ SANITAIRE LOCALE  
VALLÉE D'AOSTE**

Aosta, il \_\_\_\_\_

Alla Direzione Medica di Presidio

## **RICHIESTA PRESTAZIONI SANITARIE OCCASIONALI**

S.C. DI \_\_\_\_\_

SI RICHIEDE DI ESEGUIRE LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI (specificare per intero la tipologia dell'esame e se in convenzione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PER LA/IL PAZIENTE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSI O SOSPETTO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il richiedente**

\_\_\_\_\_  
**Il Direttore della S.C.**  
\_\_\_\_\_

L'esame è stato prenotato presso \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**La Direzione Medica di Presidio**  
\_\_\_\_\_