



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 16:00      DAL LUNEDI’ AL VENERDI’**

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

I REFERTI SARANNO CONSEGNATI ESCLUSIVAMENTE:

### ALL'INTERESSATO

MUNITO DI: **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO** (Carta di identità o altro documento munito di fotografia e rilasciato da una amministrazione dello Stato: patente, passaporto, ...)

### AL DELEGATO

MUNITO DI:

**1.DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**, O FOTOCOPIA FRONTE E RETRO, DI CHI HA EFFETTUATO GLI ESAMI

**2.DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI CHI RITIRA**

**3.FOGLIO DI DELEGA** DEBITAMENTE COMPILATO E FIRMATO DA CHI HA EFFETTUATO GLI ESAMI

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

\_\_\_\_\_