



## UNITA DI COORDINAMENTO SCREENING

### RICHIESTA DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_,

Via/Fraz. \_\_\_\_\_

avendo eseguito una mammografia nell'ambito del programma di *Screening Regionale per i Tumori Femminili*, richiede la copia dell'esame radiografico eseguito in data \_\_\_\_\_.

Si impegna a ritirare quanto richiesto ed a pagare l'importo di € 10.00 (diritti fissi di copia e costo delle stampe). Il pagamento non è richiesto a coloro che hanno l'esenzione per patologie neoplastiche.

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

Firma della richiedente

\_\_\_\_\_

#### Estremi documento di riconoscimento

C.I. n°: \_\_\_\_\_ Rilasciata il: \_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_

Patente n°: \_\_\_\_\_ Rilasciata il: \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Documentazione disponibile per il \_\_\_\_\_ Ritirata il \_\_\_\_\_

Firma di chi ritira \_\_\_\_\_

Estremi Documento \_\_\_\_\_

