

Richiesta copia esami radiografici

All'Ospedale di Desio - Servizio Radiologia

indirizzo mail: radiologia.desio@asst-monza.it

Il/la Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
1) Residente a _____ via _____ n° _____
Cap. _____ Prov. _____ Tel. _____
Documento di identità _____ n. _____
Rilasciato da _____ che allega in fotocopia

CHIEDE

- In qualità di intestatario della documentazione richiesta
- In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)
- In qualità di erede
- In qualità di legittimo richiedente

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000 n°445,

il rilascio di copia conforme del CD del Signor/Signora:

Cognome e nome _____ **Nato/a il** _____

- radiografia* _____ eseguita il _____
- TAC* _____ eseguita il _____
- radiografia* _____ eseguita il _____
- risonanza magnetica* _____ eseguita il _____
- altro* _____ eseguita il _____

(* specificare il distretto corporeo interessato p.s. RX torace, polso destro, ecc.)

In caso di minore:

Firma madre _____ Data _____

Firma padre _____ Data _____

DELEGA DA COMPILARE IN CASO DI RITIRO DEGLI ESAMI DA PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a _____ carta d'identità n. _____

Delega il/la sig./sig.ra _____ carta d'identità n. _____

Al ritiro del/i mio/miei referto/i. (Portare i due documenti di identità)

Data _____ Firma _____

Si richiede la spedizione al domicilio all'indirizzo:

- riportato al punto 1)
- all' indirizzo sotto riportato.

Firma _____

