

 <p>AS FO Azienda sanitaria Friuli Occidentale</p> <p><small>REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA</small></p>	<p align="center">Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio</p> <p align="center">S.C. Radiodiagnostica P.O. Pordenone S.C. Radiodiagnostica P.O. San Vito-Spilimbergo</p>	<p align="center">Documento del 10/06/2021</p>
--	--	--

RICHIESTA COPIA DI CD-DVD

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (_____) residente a _____ (_____)
via _____ n. _____ Tel. _____

CHIEDE

n. _____ duplicati di CD/DVD al costo di Euro 5,00 cadauno dei seguenti esami:

- _____ eseguito il _____
- _____ eseguito il _____
- _____ eseguito il _____
- _____ eseguito il _____

In caso di impossibilità da parte dell'interessato di ritirare la copia, è necessario compilare la sottostante **delega**:

Io sottoscritto _____ **delego** il/la Sig./ra _____
nato/a il _____ documento d'identità _____
n. _____ scadenza il _____ al ritiro della documentazione.

Allegati necessari:

- ✓ Fotocopia del documento del/la richiedente
- ✓ Fotocopia del documento di riconoscimento dell' /la eventuale delegato/a

Data richiesta ____/____/____

Firma del richiedente _____

Data del ritiro ____/____/____

Firma di chi ritira _____