

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA n.5 "Friuli Occidentale"**  
**DIPARTIMENTO MEDICINA DEI SERVIZI**

*Direttore Dott. Roberto Spaziant*

S.C. RADIOLOGIA PN SACILE – S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA – S.C. RADIOLOGIA SAN VITO SPILIMBERGO  
S.C. MEDICINA NUCLEARE

Rev. del 12/06/2017

**RICHIESTA COPIA DI ESAMI RADIOLOGICI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

richiede (dati anagrafici) \_\_\_\_\_ in quanto genitore e/o tutore legale

Firma \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

n. \_\_\_\_\_ pellicola/e al costo di Euro 8,00 cadauna dei seguenti esami:

- \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_

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

- \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_

Data richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

In caso di impossibilità, da parte dell'interessato, di ritirare la il materiale è necessario compilare la seguente delega:

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ **DELEGO** il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ documento d'identità \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

al ritiro della documentazione richiesta. **(Allegare fotocopia di un documento di identità valido del delegante)**

Data ritiro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Il ritiro potrà essere effettuato dopo 3 giorni dalla data della richiesta presso gli sportelli della radiologia.