

RICHIESTA RADIOGRAMMI

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
Residente in via n° Cap
Comune Provincia
Recapito telefonico..... Email

CHIEDE

(come previsto dal DM 14 febbraio 1997, e ai sensi dell'art 111, c.10 del DLgs 17.03.1995, n°230)
l'affidamento temporaneo di n° radiogrammi originali dell'esame
(es. Rx, Tc, Rm + distretto anatomico)
eseguiti in data.....

DICHIARA

di sollevare l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale" da ogni responsabilità per l'eventuale smarrimento/deterioramento del materiale radiografico richiesto, di conservarlo con cura e di restituirlo non appena cessata l'esigenza di consultazione.

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra nato/a il..... a
Residente in via n° Cap
Comune Provincia
Documento Numero
al ritiro dei radiogrammi richiesti.

Firma

IMPORTANTE: Allegare fotocopia della carta di identità del delegato.