

Ospedale di Erba Srl	RICHIESTA COPIA/VISIONE RADIOGRAFIE	Cod.Mod.IO34.04	Rev.7
Erba		Data:08/01/24	
Direzione Sanitaria		Pag.1	Di 1

Il/la sottoscritto/a **richiedente** (grado di parentela se minore o erede)

.....
nato/a a il residente a

in via n. tel.

in qualità di:

diretto interessato **padre/madre/tutore del minore** **erede diretto** **altro**

minore

erede del/la defunto/a Sig./ra

muniti della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con la copia del documento d'identità del richiedente.

nato/a a il

Chiede i seguenti documenti:

<input type="checkbox"/> Copia esame radiologico su CD	€ 15.00 alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Copia referto	€ 10.00 alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Visione esami radiologici	€ 77.00 di cauzione (che vengono rimborsati alla restituzione dell'esame in visione)
<input type="checkbox"/> Spedizione delle copie dei documenti	Indirizzo:

Specifiche di esami

Copia esame radiologico su CD	Reparto.....	Dal al
Copia esame radiologico su CD	Reparto.....	Dal al

Esame RX n°.....	Reparto.....	Dal al
Esame RX n°.....	Reparto.....	Dal al
Copia referto	Reparto.....	Del giorno.....
Visione esame n°.....	Reparto.....	Dal al

Ad uso: personale assicurativo medico altro.....

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra corrisponde al vero ed **allega fotocopia del proprio documento d'identità**.
Per ulteriori informazioni telefonare al numero 031638273 segreteria Radiologia.

Data _____

Firma del Richiedente