



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA

(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)



DAI Patologia e Diagnostica UOC Radiologia d.U – Borgo Roma	MU03.5 304570
Richiesta documentazione radiologica	Rev. 05 del 12/03/2014 Pag.1/1

Il/la Sig./a _____ nato/a il _____

In qualità di ☐ **titolare della documentazione** (o esercente la patria potestà)
☐ **delegato dal titolare** (e munito di fotocopia di documento del titolare)

in riferimento alle prestazioni del/la Paziente _____

data e luogo di nascita _____

Esame: _____ eseguito in data _____

Esame: _____ eseguito in data _____

RICHIEDE:

- ☐ **Copia del referto e della documentazione iconografica**
☐ **Copia e spedizione del referto e della documentazione iconografica**

La spedizione è possibile solo per i residenti fuori provincia di Verona e andrà effettuata al seguente domicilio :

_____ riferimento telefonico _____

La spedizione a domicilio avviene in contrassegno, compresa la tariffa vigente della prestazione richiesta e le spese postali.

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ titolare della documentazione

delega al ritiro della stessa il/la sig./a _____

data _____ firma per esteso _____

Riservato all'Ufficio Cassa

083632	Copia su CD/DVD di esami	n.	x €	=
--------	--------------------------	----	-----	---