



**RICHIESTA ALL'AUSL DI PIACENZA DI RILASCIO REFERTO SU COMPACT DISC E/O
LASTRE RADIOGRAFICHE DI PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA MEDICA**

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
Residente a _____ Via _____
☎ _____ cellulare _____

In qualità di **TITOLARE**

Chiedo il rilascio di : **COMPACT DISC (gratuite)** **LASTRE RADIOGRAFICHE(a pagamento)**

Relative a prestazioni radiologiche effettuate nel Presidio Ospedaliero di PIACENZA presso:

U.O. _____ in data _____

Prestazione _____

Data referto _____ ID prestazione _____

U.O. _____ in data _____

Prestazione _____

Data referto _____ ID prestazione _____

per uso: personale, medico, assicurativo, legale, altro _____

**Il /la sottoscritto/a dichiara di essere stato debitamente informato sulle modalità per il rilascio delle
LASTRE RADIOGRAFICHE, sui tempi di consegna e sui costi che si assume.**

DATA _____ **FIRMA** (del Titolare del CD O LASTRE) _____

DOC. D'IDENTITA' _____ N° _____

Rilasciato da: _____ in data _____

Io sottoscritto /a _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ ☎ _____

In qualità di: **Genitore** **Erede** **Tutore** **Delegato**

Chiedo il rilascio di : Compact Disc Lastre RX della prestazione : sopra indicata :

di _____
(Cognome Nome luogo e data di nascita dell'intestatario della prestazione)

DATA _____ **FIRMA** (del richiedente) _____

IL CD E/O LASTRE SONO STATE PREPARATE IL _____

Ritirato/e in data _____ **Firma (di chi ritira)** _____ (In
qualità di _____)

DOC. D'IDENTITA' (di chi ritira) _____ N.° _____ del Rilasciato

da: _____ in data _____