



<p><b>Archivio Radiologia</b> h. 09.00 – h. 12.00 Tel. 02 63632222-2412 Fax Radiologia: 02 63632260</p> <p><b>Ubicazione del reparto:</b> Edificio Padiglione delle Medicine (piano -1)</p>	<p><b>RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA</b></p> <p>Da presentare alle Casse della S.C. Radiologia via Fatebenesorelle 16 - dal Lunedì al Venerdì Orario: mattino h. 09.00 – h. 12.00 / pomeriggio h. 14.00 – 15.00</p>
---	---

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a.....il.....Documento.....

Domicilio.....via.....n°.....

Tel.....e-mail.....

### CHIEDE

- Copia Radiografie
- Copia TAC
- Copia RMN

**La documentazione richiesta verrà fornita su CD (15 euro cad.) e potrà essere ritirata presso le Casse della S.C. Radiologia, via Fatebenesorelle 16: orario h. 09.00 – h. 12.00 e h. 14.00 – h. 15.00**

Eseguite il.....in regime di prestazione Ambulatoriale

Eseguite il.....in regime di prestazione di Pronto Soccorso Medico e/o Chirurgico

Eseguite durante la propria degenza nel Reparto di .....dal.....al.....

Data.....

Firma.....

**DELEGA**  
**(COMPILARE IN CASO DI IMPOSSIBILITA' AL RITIRO)**

Il/La sottoscritto/a.....

Documento di Identità.....

**DELEGO AL RITIRO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE  
RADIOLOGICA**

Il/La Sig./ra.....

Documento di Identità.....

In fede

Il delegante.....Data.....

**E' OBBLIGATORIO PORTARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI  
IDENTITA' DEL TITOLARE DELL'ESAME**