



Controllo Processo Radiologico
MODULO DI RITIRO REFERTAZIONE

DIAGN.IMMAG. - ST7- P.O.20

Revisione 02

Data: 19/02/2018

Pagina 1 di 1

A RITIRO

Il referto verrà ritirato presso il servizio consegna referti diagnostici situato all'ingresso principale della Clinica "Sant'Anna" (tel. 0823 242830-831-832) nei seguenti orari:

dal lunedì al venerdì:

dalle ore 10.00 alle ore 19.00

sabato :

dalle ore 09.00 alle ore 13.00

il referto potrà essere ritirato:

- dal diretto interessato munito di documento di riconoscimento
- da persona delegata con delega scritta e documento di riconoscimento del paziente.

DATA DI RITIRO DEL REFERTO _____

In assenza della persona interessata, il referto può essere ritirato da persona delegata, che deve presentarsi munita:

- del presente modulo di delega debitamente compilato,
- documento di identità proprio,
- documento di identità del delegante (originale o fotocopia).

B DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ (delegante)

DELEGA

Il/la Sig./ra _____ (delegato)

nato a _____ il _____

tipo di documento _____ n° _____ scad. _____

al ritiro del referto (specificare il tipo di esame) _____

da me eseguito in data _____

FIRMA DEL DELEGANTE _____

FIRMA DEL DELEGATO _____