



### RICHIESTA DUPLICATO CD O RISTAMPA SU PELLICOLA DI ESAME RADIOLOGICO

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ chiede il duplicato del CD o la  
ristampa su pellicola dell' esame radiologico \_\_\_\_\_  
del Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ eseguito in data \_\_\_\_\_

Pellicola

Si desidera avere la copia in:

Cd

La prestazione va pagata prima del ritiro presso l'Ufficio Cassa secondo il seguente  
importo:

- Euro 4,00 Per n° _____ di pellicole. Tot. Euro.....
- Euro 7,00 Per n° _____ di Cd. Tot. Euro.....

Spazio riservato alla radiologia

Delega al ritiro delle copie:

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ Nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

N.B. La persona delegata deve presentarsi con un documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona che fa la delega.

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Modulo da consegnare o inviare via fax a:

Sportello cartelle cliniche Ospedale di Schio Via Camillo De Lellis 36015 Schio (VI) fax 0445/509042  
Sportello cartelle cliniche Ospedale di Thiene Via Boldrini 36016 Thiene (VI) fax 0445/388445

U.O.C. di Radiologia  
L' Incaricato (Timbro e firma)

\_\_\_\_\_