



RICHIESTA DUPLICATO ESAME / REFERTO

| DATI DEL PAZIENTE | | COD. PAZIENTE |
|----------------------|-------------------------------------|---------------|
| COGNOME _____ | NOME _____ | |
| NATO/A _____ | PROV _____ IL _____ / _____ / _____ | |
| CODICE FISCALE _____ | DOC. IDENTITÀ TIPO _____ N. _____ | |
| RILASCIATO DA _____ | IN DATA _____ | |
| TEL _____ | EMAIL _____ | |

Allegare copia fronte/retro del documento d'identità del paziente.

| DUPLICATO RICHIESTO |
|---|
| TIPO DI ESAME _____ |
| ESEGUITO IN DATA GG / MM / AAAA _____ / _____ / _____ |

| DELEGA AL RITIRO |
|--|
| CON LA PRESENTE DELEGO IL/LA SIGNOR/A |
| COGNOME _____ NOME _____ |
| NATO/A _____ PROV _____ IL _____ / _____ / _____ |
| AL RITIRO DEL DUPLICATO RICHIESTO. |
| FIRMA DEL DELEGATO _____ |

Allegare copia fronte/retro del documento d'identità del delegato.

LI _____ , _____ / _____ / _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Il presente documento è disponibile sul sito web: www.studioecorad.it