



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