



Sig./Sig.ra: _____ Nato/a il: _____

Esame eseguito il: _____ Ritiro dal: _____

Il referto potrà essere **ritirato esclusivamente** presso lo sportello “**Consegna Referti**” dei poliambulatori **esibendo il presente modulo e un documento di identità**.

Orario: dal Lunedì al Venerdì dalle 08:00 alle 13:00
il Sabato dalle 08:00 alle 12:00
il Martedì e Giovedì dalle 14:00 alle 17:00

Telefono ufficio consegna referti: **0744 205020** (Martedì e Giovedì dalle 14:00 alle 17:00)

Il referto può essere inviato a domicilio su richiesta. Il paziente deve comunicarlo al Servizio al momento dell'accettazione e consegnare il presente modulo allo sportello "Consegna Referti" presso il Poliambulatorio (palazzina esterna) oppure inviare un fax al numero 0744 205347. Il costo del servizio è di 8 euro.

Il mancato ritiro del referto dopo 120 (centoventi) giorni dall'effettuazione della prestazione specialistica comporta l'invio dello stesso al reparto di provenienza.

Il/La sottoscritto/a: _____

Nato/a il: _____ Residente a.: _____

Firma del Paziente: _____

Tipo e numero del documento di riconoscimento del paziente: _____

DELEGA

(portare sempre i documenti del delegante e del delegato)

Il Sig./La Sig.ra: _____

Firma del Delegato: _____

Tipo e numero del documento di riconoscimento del delegato: _____

- In qualità di **genitore / tutore** (in caso di ritiro esami per assistiti minorenni/interdetti, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del DPR 445/2000)

PADRE

MADRE

LEGALE TUTORE

Firma: _____

Tipo e numero del documento di riconoscimento: _____

Data: _____