

MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE MEDICINA NUCLEARE

Il sottoscritto _____

CHIEDE

il rilascio della documentazione Clinica del Sig./ra _____

nato/a il ____ / ____ / _____ a _____

relativa alla prestazione del ____ / ____ / _____

presso il Servizio di **MEDICINA NUCLEARE** _____

tipologia di accertamento _____

estremi del documento di riconoscimento _____

Trascorsi 60 giorni di giacenza, in caso di mancato ritiro della documentazione richiesta, questa amministrazione provvederà a richiedere il pagamento della stessa tramite bollettino di conto corrente intestato alla persona indicata a fondo pagina. In caso di ulteriore mancato pagamento si provvederà al recupero delle somme dovute per vie legali.

Data ____ / ____ / _____ Firma del richiedente _____

Firma del funzionario _____

VISTO: SI AUTORIZZA IL RILASCIO _____

Ritiro in data odierna la documentazione richiesta, liberando l'amministrazione dell'Azienda da qualsiasi responsabilità per l'eventuale uso illegale della stessa.

Data ____ / ____ / _____ Firma del richiedente _____

Firma del funzionario _____

Nome _____ Cognome _____

Via _____ C.A.P. _____ Città _____