

Diagnostica per Immagini  
Direttore Sanitario: Dott. Paolo Oggero

### RITIRO REFERTI AMBULATORIALI

#### MODALITA' RITIRO:

- PERSONALMENTE presentando il presente modulo un documento d'identità
- DELEGATO **presentando il presente modulo** compilato e firmato dal delegante e un documento d'identità

Sig/ra

Cognome		Nome	
Data nascita		N° pratica	

sarà pronto a partire dal giorno \_\_\_\_\_

**oppure nei giorni successivi dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle 18.30 ed il sabato dalle 8.30 alle 12.30**

#### DELEGA PER IL RITIRO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ **delego** il Sig./Sig.ra:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

N° documento d'identità \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_

a ritirare i referti di mia titolarità eseguiti presso lo Studio Radiologico Oggero – Via Romana 40, Bordighera.

Firma \_\_\_\_\_

#### DATI PER IL RITIRO (A CURA DEL PERSONALE ACC)

Attesto che il referto è stato ritirato da:

- Intestatario  
 Delegato

<b>Data consegna</b>		<b>Firma operatore</b>	
----------------------	--	------------------------	--