

	U.O.C. Medicina Nucleare Ascoli Piceno	DDI-MNU-IOP_01 AMM-MOD.06	Pag. 1 di 1
		Verifica Dr. B. Rossi	Rev 02 del 6/7/2016
		Approvazione Dr. B. Rossi	

### RICHIESTA COPIE SCINTIGRAFIE/PET

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a: \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

COPIA DI (SCINTIGRAFIA/PET) \_\_\_\_\_

(Num. CD \_\_\_\_\_ € 7 l'uno. Totale € \_\_\_\_\_)

ESAME \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

ESAME \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Ascoli Piceno \_\_\_\_\_ il Richiedente \_\_\_\_\_

*Delega alla richiesta di quanto sopra:*

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Doc. Identità \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_