

DELEGA PER IL RITIRO DEGLI ESAMI

IO SOTTOSCRITTO (Cognome e Nome – Data di Nascita)

Che ho eseguito un'indagine diagnostica / visita specialistica in data

AUTORIZZO IL/LA SIG./SIG.RA

**AL RITIRO DEL REFERTO E DELL'EVENTUALE DOCUMENTAZIONE ICONOGRAFICA
O DI EVENTUALI COPIE RICHIESTE CON APPOSITO MODULO**

La presente DEVE essere accompagnata da un documento di identità del paziente.

firma dell'interessato

Da compilare a carico dello studio

Rif. Fatt. n. _____ | Esame ritirato in data _____

ORARI CONSIGLIATI DI RITIRO REFERTI

DAL LUNEDI AL SABATO DALLE 12.00 ALLE 14.00
DAL LUNEDI AL VENERDI DALLE 18.30 ALLE 19.30

TEMPISTICHE STANDARD RITIRO REFERTI / CERTIFICATI

RX => 90 MINUTI
TAC => 7 GIORNI LAVORATIVI
RMN => 7 GIORNI LAVORATIVI
CERTIFICATI DI IDONEITA' SPORTIVA => 7 GIORNI LAVORATIVI

Al fine di favorire il ritiro anticipato è possibile
dopo 3 giorni lavorativi dall'esecuzione dell'esame,
chiamare il n. 0432.854963 (interno 248) dalle 12.00 alle 14.00
per verificare l'eventualità che l'esame sia già pronto.