



Via Messina, 829 c.a.p. 95126 Catania – Tel. 095.7261111
Ufficio Unico per la Gestione dei Rapporti con l'Utenza
Area - Accettazione Ricoveri -

Richiesta n°

AL DIRETTORE SANITARIO

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome paziente)

Nato/a a il

Residente a Tel.

CHIEDE ALLA S.V.

IL RILASCIO SU CD DEI SEGUENTI ESAMI DIAGNOSTICO-STRUMENTALI

☐ Eseguite al PRONTO SOCCORSO in data

☐ Eseguite presso il REPARTO di in data

Tipologia Esame:

☐ TAC Euro

☐ RMN Euro

☐ ANGIO-Radiol. Interv. Euro

☐ Diritti URGENZA (Euro 10,00 per consegna in giornata) Euro

☐ Spedizione (Euro 7,00) Euro

TOTALE Euro

MODALITA' DI RITIRO:

☐ In Ospedale

☐ Spedita al seguente indirizzo, allegando copia del documento di riconoscimento del paziente
(previo pagamento di € 7.00 per la spedizione tramite racc. postale R.R.)

Destinatario

Via C.A.P. Città

Catania, Firma del richiedente