



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

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 RADIOLOGICI TRADIZIONALI



☐ Eseguite al PRONTO SOCCORSO in data

☐ Eseguite presso il REPARTO di in data

Tipologia Esame:

RX Euro

RX Euro

Diritti urgenza (€10,00 per consegna in giornata) Euro

Spedizione (€ 7,00 per racc. postale R.R.) 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

Si rilascia al Sig. In data

Documento assistito Firma del ricevente

Documento allegato