



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

S.C. Radiodiagnostica Pordenone
S.C. Radiodiagnostica San Vito-Spilimbergo

Rev. 5
del
30/03/2023

RICHIESTA COPIA DI CD-DVD

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (_____) residente a _____ (_____)

via _____ n. _____ Tel. _____

richiede (dati anagrafici) _____ in quanto genitore e/o tutore legale

Firma _____

CHIEDE

n. _____ duplicati di CD/DVD al costo di Euro 5,00 cadauno dei seguenti esami:

- _____ eseguito il _____

- _____ eseguito il _____

- _____ eseguito il _____

- _____ eseguito il _____

- _____ eseguito il _____

In caso di impossibilità da parte dell'interessato di ritirare la copia, è necessario compilare la sottostante delega:

Io sottoscritto _____ delego il/la Sig./ra _____

nato/a il _____ documento d'identità _____

n. _____ scadenza il _____ al ritiro della documentazione richiesta.

Allegare: - Fotocopia del documento del/la richiedente

-Fotocopia del documento di riconoscimento dell'/la eventuale delegato/a

Data richiesta ____/____/____

Firma del richiedente _____

Data del ritiro ____/____/____

Firma di chi ritira _____