



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE

RICHIESTA VISIONE LASTRE RADIOGRAFICHE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____ PROV. _____

IL _____ E RESIDENTE IN _____

PROV. _____ VIA _____ N. _____

TEL. _____

RICOVERATO/A PRESSO CODESTA AZIENDA OSPEDALIERA DAL _____ AL _____

PRESSO L'U.O. DI _____

IN POSSESSO DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO CHE IN COPIA SI ALLEGA, CHIEDE DI POTER OTTENERE IN VISIONE LE LASTRE DEGLI ESAMI RADIOGRAFICI EFFETTUATI NEL CORSO DEL SUDETTO RICOVERO.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A RESTITUIRE LE LASTRE RADIOGRAFICHE ALL'U.O. CHE NE HA EFFETTUATO IL RILASCIO ENTRO E NON OLTRE GG. 90 DALLA DATA ODIERNA.

TIMBRO E DATA
DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

IL DICHIARANTE

PARTE RISERVATA ALL'U.O.

RITIRATA IN DATA _____ FIRMA _____

CONSEGNATA IN DATA _____ FIRMA _____