



**REGIONE SICILIANA**  
 Azienda Ospedaliera Di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione  
 "GARIBALDI"  
 Piazza S. Maria di Gesù, 5 – 95124 Catania

**RICHIESTA DI RIPRODUZIONE DI PELLICOLE RADIOGRAFICHE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

documento di identificazione \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

***nella (eventuale) qualità di rappresentante legale/volontario***

di \_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

giusta delega allegata in uno alla fotocopia del documento di identità dell'interessato

**C H IEDE**

di estrarre copia del proprio esame \_\_\_\_\_;

di estrarre copia dell'esame \_\_\_\_\_ del  
 Sig. \_\_\_\_\_;

(cognome) (nome)

**Il Richiedente**

Catania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Firma leggibile)

			A cura dell'Ufficio
Esame Rx _____	del _____	n° _____	€ _____
Esame R.M. _____	del _____	n° _____	€ _____
Esame T.C. _____	del _____	n° _____	€ _____
Esame Angio _____	del _____	n° _____	€ _____
Esame mammografico _____	del _____	n° _____	€ _____
<b>Totale n° _____</b>			<b>€ _____</b>

Nulla osta al rilascio

Il Direttore dell'U.O. di Radiologia

Catania \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_