



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA
DISTRETTO OSPEDALIERO CT 3
Ospedale "Gravina e Santo Pietro" di Caltagirone
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
SERVIZIO ACCETTAZIONE E RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA
TEL 0933 39642 FAX 093339448

AL DIRETTORE SANITARIO

Data richiesta n° _____ del _____	n° Quietanza _____
Data di invio _____	<input type="checkbox"/> archivio <input type="checkbox"/> reparto
Data di consegna _____	<input type="checkbox"/> archivio <input type="checkbox"/> reparto

L'INTESTATARIO DEL CD

(scrivere in stampatello)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/ a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____ Tel _____

IL RICHIEDENTE *(solo se diverso dall'intestatario della cartella)*

(scrivere in stampatello)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/ a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____ Tel _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

In qualità di genitore coniuge figlio erede altro _____

CHIEDE

I SEGUENTI ESAMI RADIOLOGICI (specificare quali)

effettuati durante il ricovero presso l' U.O. _____ in data _____

ambulatorialmente in data _____

Operatore

Firma del richiedente

PROMEMORIA PER L'UTENTE

Per informazione telefonare al N°093339642 dalle ore 12,00 alle ore 13,00 tutti i giorni

Lo sportello rimane aperto dal Lunedì al Sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,30