



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Vinicio Cortese, 25 – 88100 Catanzaro

Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme
U.O. di Radiologia
Direttore: Dr. Salvatore Galea

Il/La Sig./ra

Nato/a il

Avendo eseguito in data, presso la RADIOLOGIA del P. O. di

Lamezia Terme, l'esame di Diagnostica per immagini

.....

DELEGA

Il Sig./ra nato il

a ritirare la documentazione ed il referto riguardanti il suddetto esame.

Allega fotocopia di un suo documento.

In fede

Firma

Data