



Dipartimento dei Servizi e della Medicina Preventiva

UOC Radiologia

- Direttore: **Dott. P. R. Biondetti**

Tel. 02 55033516

mail: segrrad@policlinico.mi.it

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIE DI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Io sottoscritto/a

Cognome.....Nome.....

Nato/a a.....Prov.....il.....

delego il/la signore/a

Cognome Nome

Nato/a.....Prov.....il.....

documento di identità n.

rilasciato da

al ritiro della documentazione radiologica da me richiesta.

Allego copia del mio documento di identità.

Milano, ___/___/_____

firma leggibile del delegante

