

**PRESIDIO OSPEDALIERO "P.COLOMBO"**

**Via Orti Ginnetti, 7 00049 Velletri (RM)**

**Modulo per richiesta documentazione radiologica**

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

**LUOGO E DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **Via** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

**SI RICHIEDONO COPIE N.** \_\_\_\_\_

**\* Esame** \_\_\_\_\_

**Anno** \_\_\_\_\_ **mese** \_\_\_\_\_

**\* Esame** \_\_\_\_\_

**Anno** \_\_\_\_\_ **mese** \_\_\_\_\_

**\* Esame** \_\_\_\_\_

**Anno** \_\_\_\_\_ **mese** \_\_\_\_\_

**Firma e documento del richiedente**

**Data** \_\_\_\_\_