


**MODULO DI RITIRO REFERTO**

PER ESAMI DI RMN e TAC		PER ESAMI DI RX, ECOGRAFIA, CONTRASTI
Le risposte si ritirano presso gli sportelli CUP <b>dopo 7 giorni lavorativi</b>		Le risposte si ritirano presso gli sportelli CUP <b>dopo 3 giorni lavorativi</b>
Sede Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta":	dal lunedì a venerdì dalle ore 8:00 alle 18:30 al sabato dalle 8:00 alle 12:00	I Numeratori EliminaCode saranno in funzione fino a <b>15 minuti</b> prima della chiusura
Sedi di Monselice ed Este:	dal lunedì a venerdì dalle ore 9:00 alle 15:00	
Sedi di Conselve e Montagnana:	dal lunedì a venerdì dalle ore 8:00 alle 17:00 al sabato dalle 8:00 alle 12:00	I Numeratori EliminaCode saranno in funzione fino a <b>10 minuti</b> prima della chiusura

Il ritiro delle risposte deve avvenire entro 30 gg dalla data di esecuzione dell'esame presso i CUP dell'Azienda Ulss6 Euganea del Distretto Padova Sud.

**PER IL RITIRO È INDISPENSABILE AVERE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ (CARTA D'IDENTITÀ O PATENTE)**

Nel caso in cui l'interessato non abbia la possibilità di ritirare personalmente la risposta può delegare, con questo modulo, una persona di sua fiducia presentando un proprio documento di riconoscimento e quello (o copia) del delegante entrambi in corso di validità.

**COMPILAZIONE A CURA DELL'UTENTE**

Io sottoscritto/a .....

**DELEGO**

Il/La Sig./ra .....

al ritiro del referto dell'esame radiologico eseguito presso il Vostro servizio.

Documento di riconoscimento del delegante n°.....

Emesso da .....

Documento di riconoscimento del delegato n°.....

Emesso da .....

Data..... Firma del delegante .....

**COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE CHE CONSEGNA IL REFERTO**

Il referto del delegante è stato ritirato dalla persona delegata e sono state verificate le identità tramite i documenti sopra indicati.

Data di consegna del referto .....L'operatore .....