



Ospedale Riuniti Padova Sud
 Dipartimento Area Servizi
UOC di Radiologia
 Direttore Dott. G. Mansi Montenegro

Al Servizio di Radiologia:.....

RICHIESTA CONSEGNA REFERTO

Il sottoscrittonato/a il.....
 ha eseguito in data odierna (indicare tipo esame)

CHIEDE DI RITIRARE IL REFERTO PRESSO IL CUP DELLA SEDE DI:

- CONSELVE**
- ESTE**
- MONSELICE**
- MONTAGNANA**
- OSPEDALE RIUNITI**

Data

Firma

. ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂ ✂

Da consegnare all'utente

Data esecuzione esame

LA DOCUMENTAZIONE PUO' ESSERE RITIRATA FRA 5 GIORNI PRESSO IL CUP DELLA SEDE DI:

| | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> MONSELICE | dal lunedì a venerdì dalle ore 9:00 alle 15:00 | |
| <input type="radio"/> ESTE | dal lunedì a venerdì dalle ore 9:00 alle 15:00 | |
| <input type="radio"/> CONSELVE | 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 10 minuti prima della chiusura |
| <input type="radio"/> MONTAGNANA | dal lunedì a venerdì dalle ore 8:00 alle 17:00 al sabato dalle 8:00 alle 12:00 | |
| <input type="radio"/> OSPEDALE RIUNITI | 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 15 minuti prima della chiusura |