

## DELEGA PER IL RITIRO DEGLI ESAMI

IO SOTTOSCRITTO (Cognome e Nome – Data di Nascita)

---

Che ho eseguito un'indagine diagnostica / visita specialistica in data

---

Autorizzo il/la sig./sig.ra

---

al ritiro del referto e dell'eventuale documentazione iconografica  
o di eventuali copie richieste con apposito modulo

**La presente DEVE essere accompagnata  
da un documento di identità del paziente.**

firma dell'interessato

---

Da compilare a carico dello studio

Rif. Fatt. n. \_\_\_\_\_

Esame ritirato in data \_\_\_\_\_

---

## ORARI DI RITIRO REFERTI

DAL LUNEDI AL SABATO DALLE 12.00 ALLE 14.00  
DAL LUNEDI AL VENERDI DALLE 18.30 ALLE 19.30

## TEMPISTICHE STANDARD RITIRO REFERTI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

RX => 90 MINUTI  
TAC => 7 GIORNI LAVORATIVI  
RMN => 7 GIORNI LAVORATIVI

Al fine di favorire il ritiro anticipato è possibile, **dopo 3 giorni lavorativi dall'esecuzione dell'esame,**  
**chiamare il n. 0432.854963 (interno 248) dalle 12.00 alle 14.00** per verificare l'eventualità che l'esame sia già pronto.