



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

## DELEGA PER IL RITIRO DI CD IMMAGINI INDAGINI RADIOLOGICHE

Parma.....

DELEGA per il ritiro del CD contenente referto e immagini radiologiche  
dell'esame eseguito il ..... dal sig..... presso la SSD Radiologia  
Emergenza-Urgenza.

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il  
..... residente a ..... in via ..... n.  
tel.....

Documento di riconoscimento.....n. ....

Rilasciato da..... in data.....

### DELEGA

Il/La Sig.re/ra ..... nato/a a ..... il.....  
residente a..... in via..... n.tel. ....

Documento di riconoscimento .....n. ....

rilasciato da ..... in data ..... al ritiro del  
CD contenente immagini e referto dell'esame radiologico eseguito da me  
medesimo/a in data ..... c/o la SSD Radiologia Emergenza-  
Urgenza.

Firma di chi delega

Firma delegato

**ORARI: dal LUNEDI' al VENERDI' dalle ore 08.00 alle ore 19.15**

**presso l'archivio del servizio di Radiologia Emergenza-Urgenza**