



Dipartimento dei Servizi e della Medicina Preventiva

**UOC Radiologia**

Tel. 02 55033516

mail: [segrad@policlinico.mi.it](mailto:segrad@policlinico.mi.it)

- Direttore: **Dott. P. R. Biondetti**

## DELEGA PER IL RITIRO DI COPIE DI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Io sottoscritto/a

Cognome.....Nome.....

Nato/a a.....Prov.....il.....

delego il/la signore/a

Cognome ..... Nome .....

Nato/a.....Prov.....il.....

documento di identità n. ....

rilasciato da .....

al ritiro della documentazione radiologica da me richiesta.

Allego copia del mio documento di identità.

Milano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma leggibile del delegante

