



RICHIESTA COPIA CD MAMMOGRAFICO

LA SOTTOSCRITTA _____

NATA A _____

RESIDENTE IN _____

VIA _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

CHIEDE

IL RILASCIO DI COPIA DEL CD MAMMOGRAFICO ESEGUITO IN DATA _____

ALLA PRESENTE SI ALLEGA RICEVUTA DEL VERSAMENTO DI € 1,00

DATA _____

FIRMA _____

DELEGO il/la Sig./Sig.ra _____

DOCUMENTO N. _____

RILASCIATO DA _____

FIRMA _____