



## **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 \_\_\_\_\_