

	<b>MODULO</b>	Rich. CD mammografico (SISP.MO.0253.01).docx
		Pag 1/1

## RICHIESTA COPIA CD MAMMOGRAFICO

LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_

NATA A \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

### CHIEDE

IL RILASCIO DI COPIA DEL CD CONTENENTE LE IMMAGINI DEL CONTROLLO MAMMOGRAFICO  
ESEGUITO IN AMBITO DI SCREENING IN DATA \_\_\_\_\_

ALLA PRESENTE SI ALLEGA RICEVUTA DEL VERSAMENTO DI € 5,00

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA

DELEGO il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

DOCUMENTO N. \_\_\_\_\_

RILASCIATO DA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
S.C. S.I.S.P. – Settore Screening – Marzo 2026	S.C. S.I.S.P. – Marzo 2026	Dipartimento di Prevenzione Marzo 2026	S.C. S.I.S.P. – Settore Screening – Marzo 2026
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			