Allegati:

- Documento di Identità del Richiedente

Spett.le
Istituto Europeo di Oncologia
Via Giuseppe Ripamonti, 435
20141 Milano

Att.ne Servizio Accettazione – Back Office

Io Sottoscritto/a _____ Tel._____

(Cognome e Nome)

nato/a il_____/_____/_____ Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

con la presente autorizzo l'Istituto Europeo di Oncologia alla spedizione del/i seguente/i referto/i:

☐ Esame Diagnostico (Mammografia, Ecografia, PET, Scintigrafia Globale Corporea, TC, RX…) del_____/_____/_____

☐ Esame Istologico, Esame Citologico del_____/_____/_____

☐ Esami di Laboratorio, HPV Test del_____/_____/_____

☐ Altro _____ del_____/_____/_____

richiedo la spedizione del/i referto/i al seguente indirizzo:

_____

Presso (se diverso da domicilio)

_____

(Indirizzo – Via e Numero)

_____

(Città) (Provincia) (CAP)

_____

(Telefono)

ACC.MO.3117.B

Data _____/_____/_____ Firma _____