

INVIO REFERTO IN ALTRA SEDE

Si chiede che il referto del Sig./Sig.a

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____

eseguito il _____ , presso:

Servizio / Struttura	Esame

venga ritirato nella seguente struttura: (barrare con una X la casella interessata)

OSPEDALE	DISTRETTO
<input type="checkbox"/> Santorso	<input type="checkbox"/> Arsiero
	<input type="checkbox"/> Breganze
	<input type="checkbox"/> Malo
	<input type="checkbox"/> Piovene Rocchette
	<input type="checkbox"/> Schio (ex ospedale)
	<input type="checkbox"/> Thiene (ex Ospedale)
	<input type="checkbox"/> Zugliano

Data _____ Firma dell'interessato _____

ATTENZIONE: il ritiro del referto presso una sede diversa comporta necessariamente tempi di consegna più lunghi rispetto alla data indicata per il ritiro.

Per ulteriori informazioni:

Distretto Socio Sanitario - Ex Ospedale di Schio Via Camillo de Lellis, 1
Tel. 0445 598411 - Fax 0445 509042

Distretto Socio Sanitario - Ex Ospedale di Thiene Via Boldrini, 1
Tel. 0445 388403 - Fax 0445 388676

Firma del richiedente per ricevuta
