



RADIOLOGIA GENERALE · ORTOPANTOMOGRARFIA  
 ECOGRAFIA · ECO COLOR DOPPLER -DENSITOMETRIA OSSEA  
 RISONANZA MAGNETICA TOTAL BODY  
 TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

ISTITUTO RADIOLOGICO  
 Dir. San.: Dr. G. B. Bellis

34133 TRIESTE – VIA CESARE BECCARIA 8 –TEL. 040361721  
 E-mail: [info@gortanradiologia.com](mailto:info@gortanradiologia.com) – Sito Web: [www.radiologiagortan.com](http://www.radiologiagortan.com)

**Oggetto: DELEGA per il ritiro di Documentazione Sanitaria**

DATA \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ nato/a il

\_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, indirizzo

\_\_\_\_\_

con la presente

**DELEGA**

il/la Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ nato/a

il

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

**al ritiro DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

Il delegato deve esibire un proprio documento di identità.  
 Allegare fotocopia del documento di identità del delegante.