

| | |
|------|------|
| Data | Sede |
|------|------|

Si accettano in visione dalla Signora

Nata il _____ n. tel. fisso / cell _____
 i seguenti documenti sanitari

| | | | |
|------|------|------|------|
| Anno | Anno | Anno | Anno |
| | | | |
| Anno | Anno | Anno | Anno |
| | | | |

**I DOCUMENTI SANITARI LASCIATI IN VISIONE POTRANNO ESSERE RITIRATI
 DOPO AVER RICEVUTO A CASA LA LETTERA DI RISPOSTA**

| In caso di mammografia di screening fatta a | Rivolgersi a | Giorni | Orario |
|---|--|---------------------|---------------|
| Fiumara | Sala screening mammografico — Piano terra- Sala 11 | da lunedì a venerdì | 11.30 - 13.30 |
| Struppa | Segreteria consegna esami Radiologia - Piano terra | da lunedì a venerdì | 11.00 - 12.00 |
| Ex Ospedale di Recco | Accettazione Radiologia –Piano terra | venerdì | 11.00 - 14.00 |
| Ospedale di Sestri P. | Diagnostica mammografica— Piano fondi | da lunedì a venerdì | 08.00 - 15.00 |
| Ospedale Villa Scassi | Accettazione Radiologia — Piano fondi | da lunedì a venerdì | 11.00 – 12.30 |
| Ospedale di Pontedecimo | Accettazione Radiologia—Piano fondi | da lunedì a venerdì | 11.00 - 13.00 |
| Ospedale La colletta Arenzano | Accettazione Radiologia La Colletta - Primo Piano | da lunedì a venerdì | 10.00 – 12.00 |

In data odierna la Signora _____ nata il _____

RITIRA I DOCUMENTI SANITARI LASCIATI IN VISIONE

Personalmente

Per delega rilasciata a Signora / Signor _____

Firma di chi ritira

I documenti sanitari sono riconsegnati in busta chiusa

La delega al ritiro dei documenti sanitari deve essere consegnata insieme ad un documento di riconoscimento di delegante e delegato

**IN CASO DI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI I DOCUMENTI SANITARI SARANNO RICONSEGNA TI
 A CONCLUSTONE DELLE INDAGINI DAL RADIOLOGO CHE HA SEGUITO IL CASO**

**IMPORTANTE
 CONSERVI QUESTO MODULO E LO RESTITUISCA QUANDO RITIRA I SUOI DOCUMENTI SANITARI**