



Casa di Cura  
Madre Fortunata  
Toniolo

**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
RISONANZA MAGNETICA – T.A.C.**

Direttore Sanitario: Dott. Marco Bosso – Responsabile del Servizio: Dott. Carlo Monti

Con la presente, io sottoscritto/a (Delegante)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Documento di identificazione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Chiedo che gli esami di:

° **TAC**      ° **RMN**

da me effettuati in data \_\_\_\_\_

vengano ritirati dal Sig./Sig.ra (Delegato)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Documento di identificazione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Bologna li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ritirato una busta contenente quanto sopra indicato e di consegnarla integra all'interessato.

Bologna li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. PER IL RITIRO DEGLI ESAMI OCCORRONO LE  
FOTOCOPIE FRONTE-RETRO DEI DOCUMENTI DI  
RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE.**