

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

autorizza questo SERVIZIO DI **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI** affinché

le immagini

il referto

relativi all'esame _____

da lui/lei eseguito in data odierna siano trasmessi

al proprio medico curante dottor _____

a persona di sua fiducia Sig./Sig.ra _____

a mezzo

fax

mail

posta/corriere

TORINO, _____

IN FEDE
