



**RICHIESTA SPEDIZIONE**  
**DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**All'Ufficio Archivio Clinico**  
**dell'Ospedale "Cristo Re"**  
**fax: 06/61245360**

Io Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

il \_\_\_\_\_ tel n° : \_\_\_\_\_

chiede che mi venga spedito \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_  
(specificare l'esame eseguito)

al seguente indirizzo:

Alla c.a. del Sig./Sig.ra : \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

- Provvederò al pagamento delle spese direttamente al postino al momento della consegna
- Allego alla presente documento di riconoscimento

DATA DI RICHIESTA

FIRMA DEL TITOLARE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.B: la spedizione verrà effettuata in contrassegno

OSPEDALE CRISTO RE