

MODULO RITIRO REFERTI POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO S. LUCIA E SANDRIGO

Sig.re/ra.....data di nascita.....

Data esame:.....

☐ **HOLTER CARDIACO e/o MONITORAGGIO PRESSORIO**☐ **UROFLUSSOMETRIA****AVVISO**

Il referto è disponibile a partire dal..... e deve essere ritirato entro 30 giorni da tale data, (trascorsi i quali verrà eliminato) presso:

☐ **SPORTELLLO RITIRO REFERTI** dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza (Piano Terra – Viale Rodolfi) dal lunedì al venerdì dalle ore 08,00 alle ore 16,30. Telefono 0444753504 dalle ore 12,00 alle ore 16,30.

☐ **L'Ufficio Cassa del Centro Polifunzionale di Sandrigo** dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle 12,00 e dalle 13,30 ore 15,30. Telefono 0444-756553/756412

☐ **Il Front Office del Poliambulatorio Santa Lucia** dal lunedì al venerdì dalle ore 08,00 alle ore 18,30. Telefono 0444-752278

DELEGA PER RITIRO DEL REFERTO CARTACEO**Il/la sottoscritto/a (delegante)****DELEGA**

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

il/la Sig./ra (delegato)**AL RITIRO DEL REFERTO CARTACEO**

Firma del delegante

Firma del delegato

Documentazione da allegare alla presente delega:

- ricevuta di pagamento, se non esente
- copia o documento d'identità in corso di validità del delegante
- copia o documento d'identità in corso di validità del delegato

N.B.: L'importo del ticket potrà subire una maggiorazione nel caso di eventuale approfondimento diagnostico che si renda necessario alla formulazione del referto. In questo caso seguirà congruaggio secondo i vigenti importi del nomenclatore tariffario regionale (ex D.G.R. 442/2013)