

## 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:

**SPORTELLO 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 conguaglio secondo i vigenti importi del nomenclatore tariffario regionale (ex D.G.R. 442/2013)