



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA**  
**"RENATO DULBECCO"**  
*Catanzaro*



REGIONE CALABRIA

**U.O.S.D. "Radiologia De Lellis"**

*Responsabile f.f.: Dr. Pier Paolo Arcuri*

**DELEGA AL RITIRO ESAME DIAGNOSTICO**

Il/La Sig./ra .....  
nato/a a..... il .....  
avendo eseguito in data ..... presso la RADIOLOGIA "DE LELLIS" l'esame  
di diagnostica per Immagini .....

**DELEGA**

Il Sig./ra ..... nato/a il .....

a ritirare la documentazione ed il referto riguardanti il suddetto esame.

Allega fotocopia di un suo documento.

In Fede

Firma ..... Data .....