



COMUNICAZIONE INVIO DI ESAMI SPECIALISTICI PRESSO STRUTTURE ESTERNE

Data _____

Alla Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri

Presidio di _____

Si chiede l'autorizzazione all'esecuzione di:

a favore del paziente:

ETICHETTA
IDENTIFICATIVA DEL
PAZIENTE

presso: _____

Motivazione: _____

Si precisa che quanto chiesto non può essere effettuato presso questa Azienda ed è indispensabile per il paziente.

Firma e timbro del Medico richiedente

**Si autorizza
La Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri**
