

# CENTRO MEDICO SANTA VITTORIA

Via Gennargentu, 2 - 09048 Sinnai (CA)

Tel 070/782066 - Email [info@cmsantavittoria.it](mailto:info@cmsantavittoria.it)

## RICHIESTA DI COPIA ESAME

*(Si prega di compilare tutti i campi, scrivere in stampatello e in modo chiaro e leggibile)*

Il/La sottoscritto/a

---

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

chiede la copia del referto e delle immagini dell'esame:

eseguito in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

tipo esame \_\_\_\_\_

FIRMA PER ACCETTAZIONE

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Questo modulo deve essere inviato all'indirizzo e-mail [info@cmsantavittoria.it](mailto:info@cmsantavittoria.it), insieme a:

- copia del documento di identità del richiedente;
- ricevuta del bonifico di € 10,00 intestato a Centro Medico Santa Vittoria  
IBAN IT04 W030 6944 0311 0000 0003 323