

Sig. Direttore Medico P.U.
S.O. _____
Azienda Ospedaliera di Cosenza



Oggetto: Richiesta prestazione specialistica. ☐ **URGENTE** ☐ **PROGRAMMABILE**

Paziente:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____ / Residente a _____ Via _____

Sospetto Clinico _____

Giorno e ora della raccolta del prelievo _____

Ricovero presso il reparto _____

Telefono del medico richiedente _____

Fax dove inviare i referti preliminari e definitivi _____

Il Medico Richiedente (timbro e firma)

U.O.C. / SERVIZIO _____ Data e ora appuntamento _____

Codice Prestazione	Descrizione analitica della prestazione	Tariffa	Importo Totale

Codice Prestazione	Descrizione analitica della prestazione	Tariffa	Importo Totale

Cosenza _____

Si autorizza:

Direzione Medica P.U.

La prestazione e/o il campione è stata/o eseguita e/o accettato da:

(Timbro, Matricola e Firma)

Dirigente Medico _____

Infermiere Prof.le _____

TSRM _____