



Gentile Paziente,

La informiamo che l'esame radiografico che ha eseguito potrà essere ritirato a partire dal **quarto giorno** lavorativo successivo all'indagine, presso l'**Ufficio informazioni - Centralino**, nei seguenti orari:

**dal Lunedì al Venerdì**

**DALLE ORE 08:30 ALLE ORE 17:30**

**Sabato**

**DALLE ORE 08:30 ALLE ORE 13:30**

L'**etichetta** allegata rappresenta la ricevuta che deve essere custodita e consegnata al ritiro dell'esame.

Nel caso non possa procedere personalmente al ritiro, La invitiamo a compilare la delega sottostante che dovrà essere consegnata unitamente alla copia di un Suo documento d'identità.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

al ritiro del/degli esami radiografici eseguiti presso l'Istituto Stomatologico Italiano.

Data, \_\_\_\_\_ Firma del Delegante \_\_\_\_\_

**La informiamo che qualora gli esami non dovessero essere ritirati entro 6 mesi dalla loro effettuazione, saranno archiviati.**

**Per richieste di ritiro successive ai 6 mesi sarà chiesto il versamento di un contributo di euro 5,00.**

**Per richieste di copie e ristampe di esami radiografici sarà chiesto il versamento di un contributo di euro 5,00.**