

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 \_\_\_\_\_