

**Allegati:**

- Documento di Identità del Richiedente

Spett.le  
Istituto Europeo di Oncologia  
Via Giuseppe Ripamonti 435  
20141 Milano  
Att.ne Servizio Accettazione – Back Office

**Io Sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

(Cognome e Nome)

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**con la presente richiedo all'Istituto Europeo di Oncologia la spedizione di:**

- Referto Esame Diagnostico (Mammografia, Ecografia, TC, RX...) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Referto e Immagine su CD/DVD di Esame Diagnostico del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Referto Esame Istologico, Esame Citologico del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Referto Esami di Laboratorio, HPV Test del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**a mezzo:**

- Posta Elettronica (solo referto)     Posta Prioritaria     Corriere DHL

**richiedo la spedizione al seguente indirizzo:**

Posta Elettronica (solo referto): \_\_\_\_\_

Posta Prioritaria / Corriere DHL: \_\_\_\_\_

Presso (se diverso da domicilio)

\_\_\_\_\_  
(Indirizzo - Via e Numero Civico)

\_\_\_\_\_  
(Città)

\_\_\_\_\_  
(Provincia)

\_\_\_\_\_  
(CAP)

\_\_\_\_\_  
(Telefono)

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

Firma \_\_\_\_\_