

 Servizio Sanitario della Toscana	Presidio Ospedaliero Valle del Serchio	Richiesta copie cd	TP HV 09/bis Rev. 2 26.11.2014
---	---	--------------------	--------------------------------------

S.C. RADIOLOGIA

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	DATA ESAME	DESCRIZIONE IMMAGINE	RX	TC	RM

Castelnuovo Garf,na/Barga, _____

UFFICIO CERTIFICAZIONI SANITARIE

Richiesta copie cd