



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento di Prevenzione*  
**UNITÀ OPERATIVA IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**  
*Direttore Dr. Giuseppe De Vito*

**Centro Screening Oncologici**

**Dirigente Resp.le Dr.ssa Annalisa Spinelli**

**Centro Erogatore** \_\_\_\_\_

Oggetto: **ritiro radiogrammi mammografia**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod Fisc: \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

ritira il CD relativo alla mammografia effettuata in data \_\_\_\_\_

con l'impegno a ripresentarlo ai successivi controlli.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_