

IMAGINE SRL

VIA SANTA CATERINA DA SIENA 2-3 17100 SAVONA

TEL E FAX 019/825708

E-MAIL : imaginestpsrl@libero.it

DATA ESAME : / /

TIPO ESAME: _____

LA SOTTOSCRITTA _____

DATA DI NASCITA: / /

DICHIARA

sotto la propria responsabilita' di non essere in stato di gravidanza e acconsente ad eseguire l'esame radiologico, come da richiesta del medico proponente (in ottemperanza al D.L. 187/2000 art.10).

FIRMA _____