Attestazione di presenza per prestazione sanitaria o accompagnamento - assistenza

Si attesta che il/la Signor/a _____
Nato/a a _____ (_____) il _____ /_____/_____
e residente a _____ (_____)
in Via _____, n° _____, C.A.P._____,
In data odierna_____**dalle ore**_____ **alle ore**_____si è sottoposto presso questo servizio, ad accertamenti radiologici.

- **in data odierna dalle ore** _____ **alle ore**_____ ha accompagnato presso questo Servizio il/la
  _____
  per eseguire accertamenti radiologici.

Data _____/_____/_____

Il Direttore del Servizio di Radiologia

SC Radiologia ospedaliero-territoriale
Ospedale Nostra Signora della Mercede di Lanusei
via Dottor Giuseppe Pilia 1 - Piano terra
tel. 0782 490283