

RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO

(da inviare via Fax 06/33062274 alla Anatomia Patologica San Filippo Neri o via mail a:
vito.gomes@aslroma1.it; alma.molinaro@aslroma1.it)

PRESIDIO OSPEDALIERO : SFN ☐ dsp.sfn@aslroma1.it SS ☐ poss@aslroma1.it

UO Tel

Mail

Si richiede riscontro diagnostico per

nato/a il a

e deceduto/a il alle ore

Diagnosi Clinica:

Il medico richiedente

tel. e-mail

Roma

AUTORIZZAZIONE : il riscontro verrà eseguito