



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO – I.R.C.C.S.

**UOC MEDICINA NUCLEARE**

E-mail sede Padova: [medicina.nucleare@iov.veneto.it](mailto:medicina.nucleare@iov.veneto.it)

Tel. Segreteria sede di Padova: 049-8211729 (h.10-13)

E-mail sede Castelfranco V.to: [medicinucleare.cfv@iov.veneto.it](mailto:medicinucleare.cfv@iov.veneto.it)

Tel. Segreteria sede di Castelfranco V.to: 0423-421341 (h.9-13)



REGIONE DEL VENETO

**DELEGA ALL'INVIO TRAMITE POSTA  
DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DELEGA**

L'Istituto Oncologico Veneto all'invio tramite posta all'indirizzo suindicato del referto dell'esame.

Con il presente modulo esonera l'Istituto Oncologico Veneto da qualsiasi responsabilità.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Delegante \_\_\_\_\_