

	Direzione Sanitaria	Mod. 0193	Pag. 1 di 1
	Richiesta di Esame/Visita aggiuntiva per Prericovero	Parola chiave: prericovero	
		Rev. 00	del 16/09/2026

Alla cortese attenzione
CDC Affidea

Si richiede per il/la Signor/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Codice Fiscale _____

Numero di Telefono _____

Intervento Programmato: _____

La seguente prestazione:

Quesito clinico:

Ringrazio per la collaborazione.
Cordiali saluti

Casale Monferrato, li _____

Timbro e Firma del medico richiedente

Recapito telefonico Infermiera Prericoveri: 0142/334614