



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

PRESIDIO OSPEDALIERO "G.F. INGRASSIA"

Direzione Medica di Presidio

Palermo lì .....

Prot.n° .....

## Richiesta di riscontro diagnostico

All' U.O.C. di Medicina Legale  
dell'AOU Policlinico P.Giaccone di Palermo

Si richiede riscontro diagnostico per : [ ] paziente  
[ ] nato morto  
[ ] prodotto abortivo > di 24 settimane

.....

nato/a..... il.....

Deceduto/a il..... ricoverato/a c/o la U.O. ....

si allegano:

a) Documentazione clinica;

b).....

c).....

d).....

Firma del medico richiedente riscontro

Firma del del Direttore Medico

(All. 1)