Screening per la Prevenzione del Tumore del Colon

Regione Campania - ASL Na3 Sud - Distretto 55

dott. _____

C O N S E N S O

ETICHETTA	COGNOME e NOME	CODICE FISCALE	TELEFONO	FIRMA

D I S S E N S O

a ritirare la provetta per effettuare lo screening del k colon

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	TELEFONO	FIRMA