

**PAZIENTE**

Nome PROVA PROVA

ID: 29

Sesso: M

Data di nascita: 06/01/1998

**ESAME**

Data esame: 09/05/2025

Accettazione: 132

Data referto: 09/05/2025

Ora referto : 13:35

VISITA ANGIOLOGICA

TEST REFERTO

Si invia al medico prescrittore

**Il Medico Refertante**

**Dott. PROVA PROVA**

N.B.:Conservare il presente referto e riportarlo in caso di controlli successivi

**la presente documentazione viene trattata conformemente a quanto previsto dal DLG 196/03**