

**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