

# EBIT

CENTRO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

## Az.Osp. di Prova

**Cognome e Nome** ANONYMOUS4328 ANONYMOUS  
**Luogo di Nascita** ABANO TERME  
**Residente a** ACATE  
**Codice Fiscale** GTWGWY82B42G920M  
**Telefono** 112221334

**Sesso** Femmina  
**Data di Nascita** 12/05/1985  
**Indirizzo** Via test 12  
**Tessera Sanitaria**  
**N° paziente** EXT115181

**Data Esame** 09/03/2023  
**Provenienza** Ambulatori  
**Tipo Esame** RX clavicole Sn

**N° Accettazione** 0000016075  
**Data Refertazione** 09/03/2023  
**Tecnico Esecutore** Administrator Administrator

### Referto

Testo del referto di prova, caso di test 4

### Tecnica D'Esame

RX clavicole Sn

|             |                  |       |            |
|-------------|------------------|-------|------------|
| Description | Soprannome       | Value | test       |
| Description | Data Strutturata | Value | 09/03/2023 |

**Il Medico Radiologo**  
Dott. Administrator Administrator