

# EBIT

CENTRO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

## Az.Osp. di Prova

**Cognome e Nome** PROVA AGOSTODUE  
**Luogo di Nascita** ACQUAVIVA COLLECROCE  
**Residente a**  
**Codice Fiscale**  
**Telefono**

**Sesso** Maschio  
**Data di Nascita** 10/08/2019  
**Indirizzo**  
**Tessera Sanitaria** 458  
**N° paziente** EXT111949

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

**N° Accettazione** 0000016081  
**Data Refertazione** 09/03/2023  
**Tecnico Esecutore** Administrator Administrator

### Referto

testo del referto, caso di test ID75 CDA\_RAD\_CT5\_KO

### Tecnica D'Esame

RX clavicole Sn

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

**Il Medico Radiologo**  
Dott. Administrator Administrator