



**Azienda USL di PESCARA  
Presidio Ospedaliero di Popoli  
U.O.Radiologia**

**Dirigente Responsabile Dott. Antonio CALABRESE**

tel.: 085/9898353 – fax: 085/9898335

mail [radiologia.popoli@ausl.pe.it](mailto:radiologia.popoli@ausl.pe.it)

**Si certifica che il/la Sign./ra .....**

**nato/a il ..... si è recato/a presso l'Unità Operativa di**

**Radiologia dell'Ospedale di Popoli il giorno ..... per essere sottoposto/a ad**

**indagini di diagnostica per immagini.**

**Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.**

**Popoli, .....**

**Il Dirigente Medico**

---