

Direzione Sanitaria	RICHIESTA COPIA/VISIONE RADIOGRAFIE	Cod.Mod.IO34.04 del 08.01.2024 Rev. 07
---------------------	--	--

Il/la sottoscritto/a **richiedente** (grado di parentela se minore o erede)

.....

nato/a a il residente a

in via n. tel.

in qualità di:

diretto interessato **padre/madre/tutore del minore** **erede diretto** **altro**

minore

erede del/la defunto/a Sig./ra

muniti della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con la copia del documento d'identità del richiedente.

nato/a a il

Chiede i seguenti documenti:

Copia esame radiologico su CD - € 15.00 alla consegna della richiesta

Copia referto - € 10.00 alla consegna della richiesta

Visione esami radiologici - € 77.00 di cauzione (che vengono rimborsati alla restituzione dell'esame in visione)

Spedizione delle copie dei documenti all'indirizzo:

Specifiche di esami

Copia esame radiologico su CD Reparto..... Dal al

Copia esame radiologico su CD Reparto..... Dal al

Esame RX n°..... Reparto..... Dal al

Esame RX n°..... Reparto..... Dal al

Copia referto Reparto..... Del giorno.....

Visione esame n°..... Reparto..... Dal al

Ad uso: personale assicurativo medico altro.....

Il sottoscritto dichiara che quanto sopra corrisponde al vero ed **allega fotocopia del proprio documento d'identità**.
Per ulteriori informazioni telefonare al numero 031638273 segreteria Radiologia.

Data _____

Firma del Richiedente

I dati riportati saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.