



CASA DI CURA SANT'ANNA

CHIRURGIA GENERALE - GERIATRIA - GINECOLOGIA - LUNGODEGENZA - MEDICINA INTERNA
OCULISTICA - OTORINOLARINGOLOGIA - RIABILITAZIONE

MODULO RICHIESTA REFERTI RADIOLOGICI DIGITALI

Intestatario del documento clinico:

Cognome _____ Nome _____
Nat _ a _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____
n°telefono _____ e-m@il

Richiedente (solo se l'Intestatario non è in grado di firmare autonomamente e/o è rappresentato da Amministratore di sostegno/Tutore legale) :

Cognome _____ Nome _____
Nat _ a _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____
n°telefono _____ e-m@il

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà;
- Tutore*;
- Curatore*;
- Amministratore di sostegno*;
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi).
- Altro _____ (specificare titolo)

*Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale.

CHIEDE

Copia CD esame _____ Reparto _____

Periodo di ricovero dal _____ al _____

La Copia CD viene richiesta per motivi:*

* il presente campo deve essere obbligatoriamente compilato qualora la richiesta provenga da un soggetto diverso dall'intestatario che non ricopra una delle segnalate qualità.

Modalità di ritiro e pagamento:

Si prega di telefonare allo 070/497151 chiedendo della Segreteria Amministrativa dal lunedì al giovedì dalle ore 11.00 alle ore 12.00 per poter fissare la data del ritiro del suddetto.

In caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare **delega e documento di identità** del delegante e del delegato; in caso di ritiro da parte di tutore legale/amministratore di sostegno occorre presentare la relativa documentazione in fotocopia; in caso il paziente sia deceduto e il ritiro avvenga da parte di erede legittimo si prega di chiedere presso l'Ufficio Amministrativo la documentazione necessaria.

Il costo del CD è di € 10,00.

N.B. Qualora entro 60 giorni dalla data della richiesta l'utente non dovesse ritirare la documentazione, la domanda verrà automaticamente annullata e sarà necessario presentarne una nuova.

NOTE: Legge, 08/03/2017 n°24, G.U. 17/03/2017

Il Sottoscritto ai sensi del Regolamento UE n°679/2016 del 25/05/2018 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)" acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____

Firma autografa _____

(allegare copia documento di identità)



CASA DI CURA SANT'ANNA

CHIRURGIA GENERALE - GERIATRIA - GINECOLOGIA - LUNGODEGENZA - MEDICINA INTERNA
OCULISTICA - OTORINOLARINGOLOGIA - RIABILITAZIONE

Campo da sottoscriversi **solo al momento della consegna** della copia del CD.

Per ricevuta

Data: _____

Firma: _____