



CASA DI CURA SANT'ANNA

CHIRURGIA GENERALE - GERIATRIA - GINECOLOGIA - LUNGODEGENZA - MEDICINA INTERNA
OCULISTICA - OTORINOLARINGOIATRIA - 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 _____

(allegare copia documento di identità)



CASA DI CURA SANT'ANNA

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

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

Per ricevuta

Data: _____

Firma: _____

=====