

RICHIESTA COPIE RADIOGRAFICHE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ in Via _____

Telefono _____ C.F. _____ documento _____

CHIEDE

la riproduzione degli esami radiografici eseguiti il _____

la riproduzione degli esami eseguiti durante il ricovero ospedaliero avvenuto il _____

nel reparto di _____

FORMATO DEI SUPPORTI :

pellicole 26*36 n. _____ cadauno € 4.13 totale €. _____

pellicole 35*43 n. _____ cadauno € 5.16 totale €. _____

compact-disc n. _____ cadauno € 4.13 totale €. _____

FIRMA richiedente

Omegna, _____

Con la firma del presente modulo il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che (barrare la casella esatta):

mi è stata resa oralmente dall'funzionario addetto allo sportello, dietro mia richiesta;

ho integralmente visionato prima della sottoscrizione, in quanto pubblicata sul sito internet dell'Ente

ho integralmente visionato prima della sottoscrizione, poiché affissa presso lo sportello stesso, non ritenendo di richiederne ulteriore copia scritta;

mi è stata consegnata in copia integrale dal funzionario addetto allo sportello.

Omegna, _____

In fede
