

Richiesta copie radiografiche

Il sottoscritto/a

Cognome..... Nome.....
nato/a..... il..... residente a cap
in via tel.

chiede

(barrare le caselle di competenza e compilare)

- la riproduzione degli esami radiologici eseguiti il
- la riproduzione degli esami eseguiti durante il ricovero ospedaliero avvenuto il
nel reparto

per uso

Formato dei supporti:

Pellicola

Pellicole 26 x 36 n° x euro 4,13 totale euro

Pellicole 35 x 43 n° x euro 5,16 totale euro

Compact - disc

Compact - disc n° x euro 4,13 totale euro

Firma del richiedente

.....

Per ricevuta

.....

Atto di delega

Io sottoscritto/a autorizzo al ritiro delle mie immagini radiologiche, il/la Sig./Sig.ra

.....

Firma di chi delega

.....

Ai sensi dell'art 20 Legge 15/68 si autentica la firma del richiedente, identificato mediante esibizione del documento.....N° rilasciato il da
che ha firmato in mia presenza la domanda che precede.

Informativa ai sensi del DLGS n°196/2003: "I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo".