

RICHIESTA DI COPIA/DUPLICATO DI REFERTI E IMMAGINI

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il.....

Documento di identificazione.....

Residente a.....Via.....n.....

Telefono.....

CHIEDE

Il rilascio della seguente documentazione sanitaria:

- Duplicato immagine su CD
- Duplicato immagine su pellicola
- Copia referto
- Pellicola originale su cauzione

dell'esame di

eseguita presso il Servizio di Diagnostica per Immagini in data

Per uso: legale medico assicurativo personale altro

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che il costo:

- del duplicato per singola pellicola è di € **10,00**

- del duplicato di CD è di € **10,00**

- della cauzione per il ritiro di pellicole originali è di € **50,00**

Data.....Firma.....

DELEGA

Delega per ritiro il/la Sig./Sig.ra.....

nato/a il

Documento di identificazione del delegato.....

Data.....Firma.....

Informativa Privacy

I dati riportati nel presente modulo verranno trattati secondo le modalità previste dal D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili".