



**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
- 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 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 dall' art. 13 del GDPR 679/2016 informativa privacy.*