

**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".*