

OGGETTO: DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA - RICHIESTA DI COPIA

Io sottoscritto/a (nome)..... (cognome)
nato/a il a Prov.
Stato di nascita residente a C.A.P.
Via/Piazza n.
telefono (fisso o cellulare)
codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARO DI ESSERE

- il diretto interessato
- il genitore del minore (nome) (cognome)
nato/a il a Prov.
- il tutore/curatore di (nome) (cognome)
nato/a il a Prov.
- l'erede * di (nome) (cognome)
nato/a il a deceduto/a il

* *(Articolo 46 ,Dichiarazioni sostitutive di certificazioni, del DPR 445/2000, Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)*

CHIEDO

La copia degli esami radiologici **
eseguiti in data presso la struttura sanitaria

DELEGO

Al ritiro il/la sig./ra. nato/a il
a residente in Prov.
Via/Piazza n.

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati in conformità dell'art.13 del D. Lgs n. 196/03 e il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei suoi Diritti.

Data,.....

Firma del richiedente

.....

** costo della copia della documentazione, in base alla tariffa Aziendale, € 6,70 (euro sei e settanta centesimi)

LA RICHIESTA PUO' ESSERE INOLTATA ANCHE VIA FAX AL N. 0784/240992 ALLEGANDO :

- COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RICHIEDENTE
- RICEVUTA DI PAGAMENTO (anche tramite CCP. n. 1058813732 (IBAN IT60G0760117300001058813732) intestato ad ASL n. 3 Nuoro causale: "Rilascio copia cartella clinica" – P.O. San Francesco)
- EVENTUALE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO