

RICHIESTA DI COPIA DI ESAMI RADIOLOGICI
CENTRO ACCOGLIENZA RADIOLOGIA CREMA

TEL.0373/280255 - FAX N.0373280246 -radiologia@asst-crema.it

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ Residente a _____ (cap. _____)

via _____ n. _____ tel. _____

IN QUALITÀ DI:

- a) diretto interessato (titolare della cartella clinica)
- b) esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore _____
(Cognome - Nome - Data di nascita)
- c) legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di _____
(Cognome - Nome - Data di nascita)
- d) legittimo erede di _____
(Cognome - Nome - Data di nascita)

(NB: allegare modulo debitamente compilato di dichiarazione sostitutiva di certificazione (caso b) e caso c) oltre a copia provvedimento) o di atto di notorietà (caso d).

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA

radiografie ecografie TAC RMN

INTESTATA A:

Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

inerente al ricovero/accesso ambulatoriale avvenuto presso il Presidio Ospedaliero di _____

- Unità Operativa di _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
- Unità Operativa di _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
- Unità Operativa di _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

motivazione della richiesta: _____

(barrare la casella che interessa)

CHIEDE l' invio della documentazione con spese a proprio carico (pagamento tramite contrassegno)

al/alla Sig./Sig.ra _____ presso il seguente indirizzo:

via _____ n. _____ località _____ (prov _____) cap _____

DELEGA Il /la Sig./Sig.ra: _____ nato/a _____ il _____

al ritiro della/e cartella/e richieste (allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)

PROVEDERÀ AL RITIRO PERSONALMENTE

RITIRA PRESSO PRESIDIO DI: Crema Rivolta Soncino Castelleone

Il sottoscritto è **consapevole delle sanzioni penali ed amministrative** previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il sottoscritto dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del succitato D.P.R.

Dichiara di essere stato **informato, ai sensi e per gli effetti di cui ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 679/2016**, che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliera di Crema secondo le disposizioni previste dal **Reg. UE 679/2016** (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliera di Crema L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'ex art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003 e al Capo III UE 679/2016 (art.li 12-23).

Crema, _____ **Firma leggibile dell'interessato/delegante** _____

(allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)