

**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)