

IL RICHIEDENTE: (scrivere in stampatello)*Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci.*

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fisc. _____

Nato/a _____ il ____/____/____ Residente _____ Prov _____

Via _____ N° _____ Cap. _____ Telef. _____

e-mail _____

IN QUALITÀ DI: diretto interessato coniuge figlio genitore erede tutore altro _____**Dati del paziente se diverso dal richiedente: (scrivere in stampatello)**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il ____/____/____ Residente _____ Prov _____

Via _____ N° _____ Cap. _____ Telef. _____

CHIEDE COPIA DI ESAME RADIOLOGICO SU: **CD più referto cartaceo** **solo referto cartaceo**

Tipo di esame _____ eseguito in data ____/____/____

Incluso prericovero **Si** **No**DATA ____/____/____ e **FIRMA DELL'INTESTATARIO** _____DATA ____/____/____ e **FIRMA DEL DELEGATO** _____***Allegare fotocopia documento di identità (fronte retro) in corso di validità del richiedente e dell'intestatario della documentazione sanitaria.***Per il trattamento dei Suoi dati personali, vedasi l'informativa Ritiro Esami e Cartelle Cliniche, presente sul sito web <https://www.ospedalecottolengo.it/> - Chi Siamo – Privacy.**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Documentazione n°	CD masterizzati n°
CD masterizzati data	Firma operatore
Ritiro documentazione data	Firma per ricevuta
Firma operatore consegna	Note

Il rilascio della copia di esame radiologico è a pagamento. Il costo è di 10€. Il costo della spedizione è di 10€ tramite raccomandata con ricevuta di ritorno. Il pagamento deve avvenire tramite bonifico bancario.

INTESTAZIONE: Piccola Casa della Divina Provvidenza G. Cottolengo – Presidio Sanitario – Via Cottolengo, 9 – Torino.

BANCA: Unicredit Spa. FILIALE: Arsenale. IBAN: IT 47 Z 02008 01140 000003345915

CAUSALE: richiesta copia documentazione clinica - Nome e Cognome del paziente