



RICHIESTA COPIA ESAME RADIOLOGICO

M7/P7
Rev.2
Data 11/09/2020
Pag. 1/1

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 QUALITA' 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

(specificare)

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

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

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

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

Incluso precovero 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.

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€. 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: Torino Alfieri Via Alfieri, 7. IBAN: IT 47 Z 02008 01140 000003345915

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