

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 a _____ il ___/___/___ residente in _____

via _____ n° _____ Cap _____

Telefono _____ 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*
 COPIA DI REFERTO AMBULATORIALE

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.***

Il rilascio della copia del referto 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: VIA XX SETTEMBRE, 31. IBAN: IT 84 E 02008 01046 000003345915

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

PER INFORMAZIONI: Tel: 011 5294.306 - E-mail: documentazione.sanitaria@ospedalecottolengo.it

*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