

RICHIESTA COPIA CD – RADIOLOGIA/NEURORADIOLOGIA

Il sottoscritto/a
(*cognome*) e (*nome*) _____ Nato/a il _____
a _____ Prov. _____ Stato di Nascita _____
Residente a _____ Via _____ N _____
Prov. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____
Telefono (*fisso e/o cellulare*) _____
N° documento di identità _____

CHIEDO

COPIA CD

DATI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA:

Prestazione	Eseguito in data

Data _____ Firma (*per esteso e leggibile*) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma (*per esteso e leggibile*) _____

Per il ritiro copia CD deve:

- Presentarsi munito di carta di identità e codice Fiscale
- Può delegare per iscritto una persona di fiducia compilando la parte sottostante.

SEZIONE PER LA DELEGA

Il sottoscritto/a

(*cognome e nome*) _____

IN QUALITÀ DI

diretto interessato

genitore amministratore di sostegno curatore tutore

di (*cognome e nome*) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

N° documento di identità _____

DELEGO

(*cognome e nome*) _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Stato di Nascita _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Prov. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

N° documento di identità _____

A **RICHIEDERE** la copia del CD relativo a prestazioni radiologiche

A **RITIRARE** presso lo sportello la copia del CD relativo a prestazioni radiologiche

ALLEGO

la copia di un documento di identità in corso di validità di **me delegante** e del **soggetto da me delegato**.

Data _____ Firma del **delegante** (*per esteso e leggibile*) _____

Data _____ Firma del **delegato** (*per esteso e leggibile*) _____