

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>	<b>RICHIESTA COPIA ESAME RADIOLOGICO (SU COMPACT DISC) AL DIRETTORE SANITARIO DELLA AOUP</b>	<b>T.02/P.A.09</b> Rev. 03 13/01/2017 Pag. 1 di 1
------------------------------------	--	--

**COMPILARE IN STAMPATELLO**

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

➤ **TITOLARE DELL' ESAME RADIOLOGICO (ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ in corso di validità, fronte retro)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

✓ **INDIRIZZO DI SPEDIZIONE, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA : C/O** \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

➤ **RICHIEDENTE IN QUALITÀ DI (ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ in corso di validità, fronte retro)**

SOLO SE DIVERSO DAL TITOLARE

GENITORE     CONIUGE     FIGLIO     EREDE/ allegare dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio     MINORE/allegare dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio     ALTRO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**CHIEDE COPIA SU CD DI TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI ESEGUITI DURANTE IL RICOVERO AVVENUTO:**

Dal		al		Reparto		n. copie	
Dal		al		Reparto		n. copie	
Dal		al		Reparto		n. copie	
Inclusa pre-ospedalizzazione				NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
Del seguente esame			Eseguito c/o		In data	n. copie	

**CHIEDE INVIO TRAMITE RACCOMANDATA E PROVVEDERÀ AL PAGAMENTO TRAMITE CONTRASSEGNO POSTALE**

**RITIRO PRESSO UFFICIO RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA.** In caso di delega, il Titolare della documentazione sanitaria incarica un soggetto di sua fiducia il quale deve presentarsi all'Ufficio Rilascio Documentazione Sanitaria munito del **MODULO di DELEGA e dei documenti di identità in corso di validità, del delegato e del delegante.**

FIRMA DEL TITOLARE \_\_\_\_\_ E FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

⇒ FAX N. 050-992625 SEMPRE ATTIVO NELLE 24 ORE

⇒ E-MAIL [ufficio.cartellecliniche@ao-pisa.toscana.it](mailto:ufficio.cartellecliniche@ao-pisa.toscana.it) (allegare documenti in pdf)