



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il residente a in via

..... tel

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA

su pellicola su CD/DVD

relativa alla prestazione:

Risonanza eseguita in data eseguita in data

TAC eseguita in data eseguita in data

Rx eseguita in data eseguita in data

..... eseguita in data eseguita in data

..... eseguita in data eseguita in data

Altro eseguita in data

INDICA LA SEGUENTE MODALITA' DI RITIRO

Personalmente o con **delega**. Dichiaro di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere persona maggiorenne e al momento del ritiro della documentazione sanitaria dovrà esibire un proprio documento d'identità e fotocopia di un documento d'identità valido del delegante.

Mediante spedizione postale.

Luogo e data Firma del richiedente

Ai sensi dell'art.38 del DPR n.445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, a mezzo posta o tramite un incaricato.

RISERVATO ALL'ARCHIVIO

N° CD/DVD Data invio CUP

N° Radiogrammi Firma per ricevuta

Il mancato ritiro comporta la trasmissione della pratica all'Ufficio Legale

Richiesta da parte dell'interessato