



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il residente a in via
..... tel

D I C H I A R A (ai sensi del D.P.R. n.445/2000)

di essere legittimato a richiedere la documentazione di

nato/a a il residente a in via
.....

- in qualità di:
- genitore** esercente la potestà
 - tutore** (estremi dell'atto di nomina del Giudice))
 - erede legittimo** della suddetta persona deceduta a in data
 - altro** (certificare la posizione giuridica di soggetto legittimato)

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA

- su pellicola su CD/DVD

relativa alla prestazione:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> Risonanza | eseguita in data | eseguita in data |
| <input type="radio"/> TAC | eseguita in data | eseguita in data |
| <input type="radio"/> Rx | eseguita in data | eseguita in data |
| | eseguita in data | eseguita in data |
| | eseguita in data | eseguita in data |
| <input type="radio"/> 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 con delega