

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 ____ / ____ / ____

Tipo di esame _____ eseguito in data ____ / ____ / ____

Tipo di esame _____ eseguito in data ____ / ____ / ____

Tipo di esame _____ eseguito in data ____ / ____ / ____

Incluso prericovero **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 di esame radiologico 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