



MODULO A

RICHIESTA ALL'AUSL DI PIACENZA DI RILASCIO REFERTO SU COMPACT DISC DI PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA MEDICA

Io sottoscritto/a * _____

nato a * _____ () il* _____ / _____ / _____

Residente

a* _____ () Via* _____

Telefono ☎ _____ Cellulare ☎ _____

In qualità di **TITOLARE**

Chiedo il rilascio di : **COMPACT DISC (€ 10.00 cad)**

Relative a prestazioni radiologiche effettuate nel Presidio Ospedaliero di PIACENZA presso:

U.O. * _____ in data* _____

Prestazione* _____

Data referto _____ ID prestazione _____

U.O. _____ in data _____

Prestazione _____

Data referto _____ ID prestazione _____

per uso: personale, medico, assicurativo, legale, altro

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato debitamente informato sulle modalità per il rilascio dei referti radiologici, sui tempi di consegna e sui costi che si assume.

DATA * ___ / ___ / ___ **FIRMA** * (del Titolare del CD) _____

ALLEGARE DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL TITOLARE DEGLI ESAMI

Io sottoscritto/a _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

Residente a _____ Via _____ ☎ / ☎ _____

In qualità di: **Genitore** **Erede** **Tutore** **Delegato**

Chiedo il rilascio di : Compact Disc della prestazione sopra indicata:

di _____
(Cognome Nome luogo e data di nascita dell'intestatario della prestazione)

DATA _____ **FIRMA** (del richiedente) _____

In caso di delega, è obbligatorio allegare la fotocopia, leggibile, del documento d'identità valido (fronte e retro) sia del delegante CHE DEL DELEGATO.

Ritirato/e in data _____ **Firma (di chi ritira)** _____

DOC. D'IDENTITA' (di chi ritira) _____ N.° _____

Rilasciato da: _____ in data _____