**MODULO A**

| | |
|---|---|
| SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br>EMILIA-ROMAGNA<br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza | **Dipartimento Tecnico Amministrativo**<br>**U.O.C. Servizi per l'accesso e relazioni con l'utenza** |

# RICHIESTA DUPLICATO IMMAGINI RADIOLOGICHE

**Intestatario dell'esame**

| | |
|---|---|
| Nome Cognome | |
| Data di Nascita | |
| Luogo di Nascita | |
| Firma | **- Allegare documento d'identità** |

**In caso di delega – Delegato al ritiro**

| | |
|---|---|
| Nome Cognome | |
| Data di Nascita | |
| Luogo di Nascita | |
| Firma | **- Allegare documento d'identità** |

**In caso di intestatario dell'esame MINORENNE ,** Il sottoscritto/a , ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 445/2000, dichiara di essere genitore esercente la patria potestà sul figlio minore sopra indicato e, in quanto tale, di avere titolo al ritiro del referto cartaceo e DVD**:**

| | |
|---|---|
| Nome Cognome Genitore | |
| Data di Nascita | |
| Luogo di Nascita | |
| Firma | **- Allegare documento d'identità** |

**Elenco esami radiologici da richiedere :**

| Data Esame | Tipo Esame (RX, TC, RM, ecc.) | Unità Operativa / Reparto |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Verrà prodotto 1 o piu' DVD in base al numero e alla dimensione degli esami.
Verrà richiesto il pagamento di 10 € per la stampa di ogni singolo Dvd.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali forniti tramite il presente modulo sono trattati dall'Azienda USL di Piacenza, in qualità di Titolare del trattamento, per la gestione della richiesta e/o ritiro del duplicato delle immagini radiologiche. Le informazioni generali sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, sono consultabili nella sezione Privacy del sito internet dell'Azienda USL di Piacenza www.ausl.pc.it.