

**RICHIESTA COPIA SU CD DI ESAMI RADIOLOGICI**

Il sottoscritto/a (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato di Nascita \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
 Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Telefono (*fisso e/o cellulare*) \_\_\_\_\_  
 N° documento di identità \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' DI** Diretto interessato
 Genitore     Erede     Tutore     Amministratore di sostegno

di (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato di Nascita \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

- Copia CD con ritiro di persona** presso l'Ospedale Papa Giovanni XXIII o l'Ospedale di San Giovanni Bianco  
 Costo: 10€ a CD
- Copia CD con invio al domicilio del richiedente** mediante posta ordinaria  
 Costo: 10€ a CD + spese di spedizione postali

**DATI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA:**

Prestazione	Eseguito in data	Eseguito presso
		<input type="checkbox"/> Ospedale PG23 – Bergamo <input type="checkbox"/> Ospedale San Giovanni Bianco
		<input type="checkbox"/> Ospedale PG23 – Bergamo <input type="checkbox"/> Ospedale San Giovanni Bianco
		<input type="checkbox"/> Ospedale PG23 – Bergamo <input type="checkbox"/> Ospedale San Giovanni Bianco
		<input type="checkbox"/> Ospedale PG23 – Bergamo <input type="checkbox"/> Ospedale San Giovanni Bianco

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**SONO CONSAPEVOLE CHE** le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000T.U. sulla documentazione amministrativa).

Data \_\_\_\_\_ Firma (*per esteso e leggibile*) \_\_\_\_\_

**ALLEGARE:** Copia del documento d'identità del richiedente.

Per delegare una persona di fiducia compilare la parte sottostante.

## SEZIONE PER LA DELEGA

Il sottoscritto/a (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_

### IN QUALITA' DI

Diretto interessato

Genitore     Erede     Tutore     Amministratore di sostegno

di (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato di Nascita \_\_\_\_\_

N° documento di identità \_\_\_\_\_

### DELEGO

(*cognome e nome*) \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato di Nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

N° documento di identità \_\_\_\_\_

A **RICHIEDERE** la copia del CD relativo a prestazioni radiologiche

A **RITIRARE** presso lo sportello la copia del CD relativo a prestazioni radiologiche

**ALLEGARE:** Copia del documento d'identità in corso di validità del **delegante** e del **soggetto delegato**.

Data \_\_\_\_\_ Firma del **delegante** (*per esteso e leggibile*) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del **delegato** (*per esteso e leggibile*) \_\_\_\_\_