

**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/Download su USB con ritiro di persona** presso l'Ospedale Papa Giovanni XXIII o l'Ospedale di San Giovanni Bianco
Costo: prima copia gratuita, a partire dalla seconda copia 10€
- Copia CD con invio al domicilio del richiedente** mediante posta ordinaria
Costo: prima copia gratuita, a partire dalla seconda copia 10€ a CD
 (spese di spedizione postali a carico del richiedente)

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*) _____