

**RICHIESTA DUPLICATO CD
DI ESAME RADIOLOGICO**

Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ Cell. _____ e-mail _____

chiede il duplicato del CD dell'esame radiologico:

eseguito in data _____

Il duplicato ha il seguente costo:

Spazio riservato agli operatori

▪ € 7,00 a CD

quantità _____

Id paziente _____**Sigla operatore** _____**DELEGA** al ritiro delle copie / se minore **GENITORE o TUTORE**:

Il/la sig./ra _____ Nato/a _____ il _____

Presenta documento n° _____

Data _____

Firma del richiedente _____

N.B. I referti potranno essere ritirati dall'utente che si dovrà presentare con un documento di riconoscimento o da persona munita di delega scritta, di un proprio documento di riconoscimento e di quello del delegante in originale o fotocopiato.

Modulo da inviare via e-mail o fax compilato e munito di copia di documento di riconoscimento a:e-mail callth@aulss7.veneto.it - fax 0445 571118

In caso si desideri ricevere la documentazione richiesta al proprio domicilio, pregasi allegare alla presente il modulo: RICHIESTA DI INVIO DOCUMENTAZIONE A DOMICILIO.

Il costo del servizio è di € 5, che vi sarà addebitato tramite fattura al vostro domicilio.

La documentazione sarà consegnata esclusivamente presso il CUP di Santorso, sarete avvisati telefonicamente quando il referto sarà pronto.

Orario di apertura dal lunedì al venerdì dalle ore 8 – 18, sabato 7 – 9.45.

I dati saranno trattati esclusivamente ai fini del presente modulo e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.