

## 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:

<b><u>Spazio riservato agli operatori</u></b>	
▪ € 7,00 a CD	quantità _____
<b><i>Id paziente</i></b> _____	<b><i>Sigla operatore</i></b> _____

**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](mailto: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 – 17, 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.*