



Data _____

MODULO RICHIESTA DVD di IMMAGINI RADIOLOGICHE

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

_____ in Via _____ n _____

Telefono/cellulare _____ mail _____

CHIEDE COPIA DI DVD dei seguenti esami:

TAC eseguita il _____

RMN eseguita il _____

Ecografia eseguita il _____

RADIOGRAFIE eseguite il _____

Angiografia eseguita il _____

Altro, specificare _____

del/della Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ (deceduto il _____)

 SPEDIZIONE (indicare indirizzo): URGENTE (specificare motivazione):

E' consapevole, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, che in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)

E' a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D. Lgs. N.196 del 30/06/2003

Il richiedente _____

Per ogni richiesta di copia di DVD, il richiedente dovrà versare anticipatamente l'importo totale di € 5,00

PAGATO _____

In caso di mancato ritiro la documentazione verrà inviata con spese a carico del destinatario presso il domicilio dello stesso

Allegare alla presente copia di documento identificativo in corso di validità del richiedenteAllegare inoltre: delega o dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà

- se il richiedente non è intestatario della documentazione richiesta