



Dipartimento di Servizi e Medicina Preventiva
U.O.C. di Radiologia

Prof. GIANPAOLO CARRAFIELLO

**MODULO PER LA RICHIESTA
DI COPIE DI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
(A SEGUITO DI DIMISSIONE DA PRONTO SOCCORSO)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL ___ / ___ / ___

CHIEDE

DI POTER RITIRARE COPIA DELLE IMMAGINI RADIOLOGICHE EFFETTUATE PRESSO IL PRONTO
SOCCORSO IN DATA ___ / ___ / ___

NUMERO DI VERBALE _____ **(CAMPO OBBLIGATORIO)**

MILANO, data _____

Letto, confermato e sottoscritto, dichiarando altresì di essere informato/a di quanto previsto dalla normativa sulla c.d. "privacy", di cui al D.L.vo n. 196 del 30/06/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta.

FIRMA (LEGGIBILE) del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno

RECAPITO TELEFONICO _____ **(CAMPO OBBLIGATORIO)**

- La presente richiesta deve essere consegnata o presso la cassa del Pronto Soccorso (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00) o presso la segreteria della radiologia del Padiglione Sacco (dal lunedì al venerdì dalle 13.00 alle 15.00).
- Il ritiro delle copie potrà essere effettuato presentandosi di persona o attraverso delega , presso la radiologia del Padiglione sacco, via Francesco Sforza 35 dal lunedì al venerdì dalle 13.00 alle 15.00), a partire da 5 giorni lavorativi dopo la consegna della presente.