



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

Io sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a a il

Codice fiscale

Residente/domiciliato/a

Via/Piazza n° CAP Prov

Recapito tel. cell

ricoverato/a presso l'Unità Operativa/Reparto di dal al

oppure avendo eseguito un esame come prestazione ambulatoriale, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, chiedo copia degli esami radiografici sotto indicati (SPECIFICARE CORRETTAMENTE):

- | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | RX | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | ECOGRAFIA/DOPPLER | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | TC | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | RMN | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | MOC | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | SCINTIGRAFIA/PET-CT | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | MAMMOGRAFIA | Eseguito il giorno |

- Chiedo che la spedizione venga effettuata in contrassegno all'indirizzo sopra indicato (alla tariffa postale vigente).

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.

Milano, ___/___/___

_____ firma leggibile

----PARTE DA CONSEGNARE----

del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno



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

Prof. GIANPAOLO CARRAFIELLO

IL PRESENTE MODULO, COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, VA CONSEGNATO PRESSO LA SEGRETERIA DELLA RADIOLOGIA (*PAD. SACCO – PIANO TERRA - VIA FRANCESCO SFORZA, 35*) *DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ DALLE 13.00 ALLE 15.00*, O INVIATO VIA FAX, UNITAMENTE A UNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ, AL NUMERO *02/55033183*.

RICEVERETE UNA CHIAMATA DA PARTE DELLA SEGRETERIA NEL MOMENTO IN CUI LE COPIE SARANNO PRONTE E POTRETE RITIRARLE. LE COPIE SI RITIRANO SEMPRE PRESSO LA SEGRETERIA DELLA RADIOLOGIA (*PAD. SACCO – PIANO TERRA – VIA F. SFORZA, 35*) *DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ DALLE 13.00 ALLE 15.00*.

LA COPIA RICHIESTA COMPORTA IL PAGAMENTO DI 20 EURO, DA CORRISPONDERE OBBLIGATORIAMENTE PRIMA DEL RITIRO DELLA COPIA STESSA. TALE SOMMA DOVRA' ESSERE PAGATA, PRESSO LE CASSE DEL PADIGLIONE SACCO, O AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DEL PRESENTE MODULO O AL MOMENTO DEL RITIRO DELLA COPIA (SE IL MODULO E' STATO INVIATO VIA FAX).

- 1. SE VIENE RICHIESTO L'INVIO DELLE COPIE PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO, LA SOMMA DI 20 EURO SARA' MAGGIORATA DELLE SPESE DI SPEDIZIONE (DA CORRISPONDERE IN CONTRASSEGNO).**

----- parte da conservare a cura del richiedente -----