



Regione Siciliana A.O Papardo

## MODULO RICHIESTA COPIA CD ESAMI STRUMENTALI

Modulo 2

**Il/la sottoscritto/a** (COGNOME).....(NOME).....  
 Nato/a.....il .../.../.....  
 Residente.....via.....n.....  
 Telefono.....Mail.....  
 Documento di identità: ..... n°.....scadenza.../.../.....  
 Ricoverato presso U.O.....dal.../.../..... al.../.../.....

**In qualità di** (barrare con una X):

- Paziente
- Genitore<sup>1</sup>
- Tutore legale<sup>1</sup>
- Amministratore di sostegno<sup>1</sup>
- Curatore<sup>1</sup>
- Erede<sup>1</sup>

<sup>1</sup> È necessario integrare alla presente domanda la modulistica specifica indicata nel Modulo INFORMAZIONI GENERALI

### CHIEDE COPIA DELL'ESAME

- RX (radiografie)** EFFETTUATO IN DATA...../.../.....
- RMN (risonanza magnetica)** EFFETTUATO IN DATA...../.../.....
- TAC** EFFETTUATO IN DATA...../.../.....
- ECOGRAFIA** EFFETTUATA IN DATA...../.../.....  
(specificare tipologia esame effettuato) costo 2.00
- ALTRO**..... EFFETTUATA IN DATA...../.../.....

### MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA

- RITIRO ALLO SPORTELLO
- VIA POSTA al seguente indirizzo: Città.....Via .....
- .....CAP..... Provincia .....
- (L'azienda è sollevata da qualunque responsabilità in caso di smarrimento o apertura del plico da parte di un soggetto diverso dall'interessato)*
- CON DELEGA al Sig. ....nato il .../.../.....
- Documento d'identità .....n°.....Scadenza .../.../.....

I dati dell'intestatario della documentazione sanitaria e dell'eventuale Delegato al ritiro sono trattati, dall'Azienda Ospedaliera Papardo, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati (GDPR 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003), e solo al fine dell'espletamento della presente richiesta.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, previa visione dell'informativa, ne autorizza il trattamento.

Data

Firma (richiedente)

Firma (delegato)

Questo modulo va presentato all'Ufficio Cartelle Cliniche anche tramite mail: cartellecliniche@aopapardo.it, allegando fotocopia fronte/retro documento di riconoscimento, fotocopia avvenuto pagamento (costi di riproduzione) € 15.00 per CD. Sarà premura del nostro ufficio informare l'utenza della necessità di eventuale integrazione di spese. Il bollettino deve essere intestato a AOP Prestazioni Ospedaliere -Servizio Tesoreria- causale: documentazione sanitaria n CC postale 15720980 -IBAN IT 89V0100516500000000218600 . Se richiesta la spedizione, aggiungere € 20.00. Per comunicazioni telefoniche chiamare tel: 0903996262 -0903996016 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia