



ISTITUTO CLINICO
BEATO MATTEO

RICHIESTA LASTRE, ESAMI

Io sottoscritto / a _____ nato/a il _____

Residente in via _____ città _____ telefono _____

chiedo in visione lastre o esami (sotto rilascio di cauzione di euro _____ che verrà restituita alla riconsegna delle lastre in oggetto) per uso _____

chiedo copia immagini di _____ pagando l'importo dovuto, per uso _____

(Specificare il reparto in cui si è stati ricoverati ed il periodo)

RICOVERATO NEL REPARTO DI _____ DAL _____ AL _____

PAZIENTE ESTERNO

Ritirerò personalmente, facendomi riconoscere attraverso il mio documento di identità, di cui lascio copia

delego al ritiro persona di mia fiducia compilando la delega sotto riportata e allegando copia del mio documento d'identità

(barrare la voce che interessa)

Le lastre, esami dovranno essere riconsegnate entro il _____

Data _____ Firma dell'Interessato: _____

DELEGA PER IL RITIRO DELLE LASTRE, ESAMI

Io sottoscritto / a _____ **delego**

il Sig. / la Sig.a (nome cognome in chiaro) _____ nato/a il _____

a _____ a ritirare le lastre, esami/copia referto da me richieste/i.

A tale scopo allego copia del mio documento di identità.

Data _____ Firma _____

FIRMA AL RITIRO DELLE LASTRE, ESAMI

Quale interessato oppure: Quale delegato ritiro in data odierna le lastre, esami/copia referto richieste/i.

Il delegato acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Istituto, in accordo col decreto legislativo 196/2003, Codice sulla Privacy – al solo fine di gestire la delega.

Data: _____ Firma : _____

Riservato all'Incaricato dell'Istituto:

In data odierna ho consegnato all'interessato _____ al delegato _____ le lastre, esami/copia referto richieste/i
Allegati :

- copia del documento richiedente SI NO

- copia del documento del delegato (in caso di delega) SI NO

Data _____ Firma dell'Incaricato _____