



RICHIESTA COPIA RX/TAC/RMN/PET/SCINTILLIGRAFIE/REFERTI P.S.

Registrata al n. _____ Reggio Calabria.....

Cognome	nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Domicilio	via
Codice fiscale	Recapito telefonico
Documento di riconoscimento	e-mail

Richiede copia su CD dell'esame :

RX _____ del _____ U.O. _____

TAC _____ del _____ U.O. _____

RMN _____ del _____ U.O. _____

Angiografia _____ del _____ U.O. _____

Copia Registro Pronto Soccorso del _____ PET del _____ Scintigrafia del _____ altro _____

da rilasciare:

direttamente all'interessato ad un delegato autorizzato al ritiro tramite PEC

Spedita a mezzo raccomandata A/R con onere della spesa postale a mio carico al seguente indirizzo:

Cognome _____ nome _____ via _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

In caso di mancato ritiro dopo il 90° giorno di giacenza verrà inviata a domicilio con le spese postali a carico .

Dichiara di essere consapevole delle responsabile penale per le dichiarazioni mendaci eventualmente rese nella richiesta di accesso agli atti.

IL RICHIEDENTE _____

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, rispetto alla normativa sulla privacy, al momento del ritiro della cartella è indispensabile esibire un proprio documento di riconoscimento valido o in caso di delegato, oltre che la delega, la fotocopia di un documento valido di riconoscimento della persona delegante. In caso di PEC la stessa deve essere in uso esclusiva del richiedente, pena la non consegna. Come da dichiarazione allegata.

Al Direttore U.O. _____

Voglia trasmettere a questa Direzione Sanitaria la cartella clinica dell'assistito generalizzato in epigrafe, dovendo detta cartella clinica essere fotocopiata.

Il Direttore Sanitario

Richiesta inviata all'U.O. il _____ cartella clinica pervenuta in Direzione sanitaria il _____ consegnata il _____

In forma integra e sigillata al sig. _____.

FIRMA

Via Provinciale Spirito Santo n. 24 - Cap. 89128 Città: Reggio Calabria | tel. +39 0965 397711 fax +39 0965 21726

protocollo@pec.ospedaleri.it - web: www.ospedaleri.it

P.Iva/CF: 01367190806

DICHIARAZIONE

Il / la

sottoscritto _____ dichiara che

la seguente PEC.....a cui deve essere spedita la

Cartella Clinica è associata alla mia identità, è personale ed a me

referibile soggettivamente quale titolare dell'account.