



Controllo Processo Radiologico

MODULO DI RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA

DIAGN. IMMAG. - RICHIESTA
DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA - 19

Revisione 02

Data: 19/02/2018

Pagina 1 di 1

A RICHIESTA (COSTI DI RIPRODUZIONE, DIRITTI DI RICERCA E DI VISURA)
ART. 25 L.241/90 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
Residente _____ Tel. _____
richiede la documentazione fotografica in formato:

PELLICOLE

DIGITALE - CD

Formato: 35 x 43 (€ 10 Cad.)	n.copie:	CD Viewer AGFA (€ 5 Cad.)	n.copie:
Formato: 24 x 30 (€ 10 Cad.)	n.copie:		

In particolare, si richiedono gli esami radiologici eseguiti:

durante il ricovero del: _____ come prestazione esterna.

Tipo d'esame: _____ Data dell'esame _____

FIRMA _____

Caserta, _____

DATA del RITIRO: _____

La documentazione fotografica potrà essere ritirata:

- dal diretto interessato munito di documento di riconoscimento
- da persona delegata con delega scritta e documento di riconoscimento del paziente.

In assenza della persona interessata, la documentazione fotografica può essere ritirata da persona delegata, che deve presentarsi munita:

- del presente modulo di delega debitamente compilato,
- documento di identità proprio,
- documento di identità del delegante (originale o fotocopia).

B DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ (delegante)

DELEGA

Il/la Sig./ra _____ (delegato)

nato a _____ il _____

tipo di documento _____ n° _____ scad. _____

al ritiro della documentazione fotografica (specificare il tipo di esame) _____

da me eseguito in data _____

FIRMA DEL DELEGANTE _____ FIRMA DEL DELEGATO _____