

**RICHIESTA VISIONE IMMAGINI RADIOGRAFICHE IN ORIGINALE**

AL DIRETTORE SANITARIO

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

In qualità di:

- A) diretto interessato (maggiorenne o minore emancipato intestatario della documentazione)
- B) esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore \_\_\_\_\_
- C) Legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_
- D) erede di \_\_\_\_\_  
(allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio – (modello 2) e nel caso C) anche copia del provvedimento)
- E) \_\_\_\_\_ (Allegare delega e documento di riconoscimento proprio e dell'interessato)

**CHIEDE**

**LA CONSEGNA IN VISIONE** (previo versamento, per data di esecuzione, a titolo di deposito cauzionale, di €25.00 Esami radiologici - € 50.00 per TAC, RISONANZE MAGNETICHE presso le Casse Cup di questo Ospedale)

**DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA**

Radiografie     TAC     RMN     \_\_\_\_\_

**INTESTATE A:**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Inerente al ricovero avvenuto presso l'Ospedale della Murgia "Fabio Perinei" di Altamura:

Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DELEGA** Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Al ritiro della documentazione richiesta (Allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante e del delegato)

**PROVVEDERA' AL RITIRO PERSONALMENTE**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A RESTITUIRE INTEGRALMENTE IL MATERIALE ENTRO E NON OLTRE 60 GIORNI DALLA DATA DEL RITIRO in originale, integra e nello stesso quantitativo ricevuto.**

La ricevuta di versamento del deposito cauzionale, sarà trattenuta dall'Ufficio Cartelle Cliniche e all'utente viene consegnata, all'atto del ritiro della documentazione in oggetto, copia di tale ricevuta. Al momento della restituzione della documentazione, sulla ricevuta di versamento del deposito cauzionale in originale, viene apposto un timbro dell'Ufficio Cartelle Cliniche **indispensabile per il rimborso della cauzione**. Qualora decorrano 60gg dalla data del ritiro e l'utente non abbia restituito il materiale di cui trattasi, troverà applicazione l'art. 1385 del codice civile che prevede il mancato rimborso della cauzione qualora l'utente non adempia alla restituzione di quanto preso in uso.

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati al solo fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente

TIMBRO E DATA  
 DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

IL DICHIARANTE

Parte riservata all'UFFICIO CARTELLE CLINICHE

RITIRATA IN DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

CONSEGNATA IN DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_