

RICHIESTA CD DI ESAME RADIOLOGICO PRONTO SOCCORSO

(esente da pagamento)

Il seguente modulo deve essere compilato e:

- ✓ consegnato all'Accettazione della DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – Ospedale Alto Vicentino - Santorso
dal lunedì a venerdì dalle 8 alle 17 e il sabato dalle 8 alle 12.30
- ✓ oppure inviato via e-mail a callth@aulss7.veneto.it

Il/la Sig./ra _____ nato/a il _____

chiede il CD dell'esame radiologico

eseguito/i in data _____

Presenta documento n° _____

DELEGA al ritiro delle copie/ per minore **GENITORE o TUTORE:**

Il/la Sig./ra _____ nato/a _____ il _____

Presenta documento n° _____

N.B. I referti potranno essere ritirati dall'utente che si dovrà presentare con un documento di riconoscimento o dalla persona sopra designata come delegato e munito di un proprio documento di riconoscimento e di quello del delegante in originale o fotocopiata, al bancone accettazione della Diagnostica per immagini, negli orari di apertura.

In caso si desideri ricevere il CD a domicilio, si dovrà allegare alla presente richiesta il modulo della **RICHIESTA DI INVIO DOCUMENTAZIONE A DOMICILIO**, il costo del servizio è di € 5, che sarà addebitato tramite fattura.

In casi di richiesta effettuata via e-mail o al di fuori degli orari di apertura della Diagnostica, il CD sarà consegnato al CUP di Santorso negli orari di apertura (dal lunedì al venerdì ore 8 - 17, il sabato 7 - 9.45). Verrà effettuato un avviso telefonico quando il referto sarà pronto.

Data _____ Firma del richiedente _____

Id paziente _____

Sigla operatore _____

U . O . C. di Radiologia
L'incaricato (Timbro e firma)