



Data _____

MODULO RICHIESTA DVD di IMMAGINI RADIOLOGICHE

Il sottoscritto/a _____ C.F.: _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
_____ in Via _____ n _____
Telefono/cellulare _____ mail _____

CHIEDE COPIA DI DVD dei seguenti esami:

TAC eseguita il _____
 RMN eseguita il _____
 Ecografia eseguita il _____
 RADIOGRAFIE eseguite il _____
 Angiografia eseguita il _____
 Con referto _____
 Altro, specificare _____

del/della Sig/Sig.ra _____
 nato/a a _____ il _____ (deceduto il _____)

- SPEDIZIONE (indicare indirizzo):
- URGENTE (specificare motivazione):

E' consapevole, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, che in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)

E' a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D. Lgs. N.196 del 30/06/2003

Il richiedente _____

Il pagamento della copia del DVD verrà richiesto al momento del ritiro.

In caso di mancato ritiro la documentazione verrà inviata con spese a carico del destinatario presso il domicilio dello stesso

Allegare alla presente copia di documento identificativo in corso di validità del richiedente

Allegare inoltre: **A)** delega o **B)** dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà

se il richiedente non è intestatario della documentazione richiesta

C) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in casi particolari (es. impossibilità/impedimento)