

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RICHIESTA COPIA REFERTO RADIOLOGICO	MRA- 15-03	A.00 del -----	1 di 2

Data emissione	Responsabile redazione	Responsabile convalida	Responsabile Approvazione
08/01/2024	Dr.ssa Maura Curello	Dr.ssa Maura Curello	DIREZIONE SANITARIA

I responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura

DA INVIARE ALL'INDIRIZZO E-MAIL hospitality@valdisieve.it o consegnare personalmente presso Ufficio Accettazione

Il sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/___ a
 _____ C.F. _____

RICHIEDE la seguente documentazione:

n° _____ copie referto clinico relativo all'esame diagnostico _____ effettuato in
 data _____

SPEDIZIONE REFERTO con raccomandata (le spese postali sono a carico del richiedente), da inviare a

Via _____ n° _____ Telefono _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Eventuali Note _____

RITIRO REFERTO in sede

Presso il Servizio ritiro cartelle cliniche (Front Office)

Ritira il Sig./Sig.ra intestatario/a del referto

Delegato COGNOME _____ NOME _____

Al momento del ritiro dovrà essere esibito un documento di identità di chi ritira e in caso di delega, anche un documento di riconoscimento del Delegante.

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RICHIESTA COPIA REFERTO RADIOLOGICO	MRA- 15-03	A.00 del -----	2 di 2

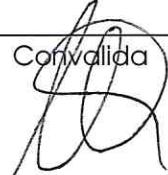

DICHIARO consapevolmente di **accettare** che il recapito della documentazione si effettui:

- entro 7 giorni dalla data della richiesta
- secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale
- che la consegna, tramite poste italiane, avvenga anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.) in una busta chiusa sulla quale sia riportato il nome e l'indirizzo del paziente;
- Per la consegna della documentazione a domicilio o ad altro indirizzo, libero la Casa di cura Valdisieve Hospital S.r.l da ogni responsabilità in merito alla consegna, autorizzandola all'utilizzo dei dati personali (D.Lgs. 101/2018 – Regolamento UE 679/2016)

SI ALLEGA:

- Copia del documento del richiedente;

Data della richiesta _____ Firma del richiedente _____

<input checked="" type="checkbox"/> Convalida 	Approvazione 
--	---