



DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Ufficio Documentazione Sanitaria e Cartelle Cliniche

MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE RADIOGRAFICA

Il/La sottoscritto/a _____ nato / a _____ , il ____ / ____ / ____ /
residente in _____ , Via/fraz. _____ , (tel. _____),
in qualità di:

- Intestatario
 Genitori esercente la potestà (allegare MODELLO D)
 Tutore /Curatore (allegare MODELLO D)
 Delegato (allegare MODELLO B)
 Erede (allegare MODELLO E)

RICHIEDE

LA MASTERIZZAZIONE DEL CD (EURO 10,00 cad.)

Intestata a _____

- ESAME N°** _____ EFFETTUATO IL _____ REPARTO _____
 ESAME N° _____ EFFETTUATO IL _____ REPARTO _____
 ESAME N° _____ EFFETTUATO IL _____ REPARTO _____
 ESAME N° _____ EFFETTUATO IL _____ REPARTO _____

- Si impegna a ritirare quanto richiesto e a pagare l'importo dovuto per i diritti fissi di copia ed il costo delle stampe, da determinare secondo il numero di copie ed il formato.

Aosta, li _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO

C.I./ PATENTE N° _____ **COMUNE** _____ **RILASCIATA IL** _____

DA SPEDIRE (indicare indirizzo)

Le spese di spedizione sono a carico del destinatario in base alle tariffe postali vigenti

NB: LA CONSEGNA VERRA' EFFETTUATA A DECORRERE DAL 10 GIORNO DALLA DATA DI RICEZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA.

Il pagamento può essere effettuato:

- avvalendosi delle emettitrici di ticket, a disposizione del Presidio Ospedaliero digitando il tasto "CARTELLE CLINICHE"
- tramite versamento su CC postale n. 10148112 intestato all'AUSL della Valle d'Aosta - servizio tesoreria-causale copia referti radiologici

Documentazione da inviare tramite fax n. 0165/543631 oppure via mail all' ufficiocartellecliniche@ausl.vda.it