



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 emittitrici di ticket, a disposizione del Presidio Ospedaliero digitando il tasto "CARTELLE CLINICHE"

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