

**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA n.5 "Friuli Occidentale"**  
**DIPARTIMENTO MEDICINA DEI SERVIZI**

*Direttore Dott. Roberto Spaziant*

S.C. RADIOLOGIA PN SACILE – S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA – S.C. RADIOLOGIA SAN VITO SPILIMBERGO  
S.C. MEDICINA NUCLEARE

Rev. del 12/09/2019

**RITIRO ESAMI RADIOLOGICI**

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a ..... il ...../...../.....

Ritiro personalmente gli esami sopraindicati da me effettuati.

Firma \_\_\_\_\_

Ritira (dati anagrafici) \_\_\_\_\_ in quanto genitore e/o tutore legale

Firma \_\_\_\_\_

**RITIRO ESAMI RADIOLOGICI CON DELEGA**

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a ..... il ...../...../.....

Documento di riconoscimento ..... N° .....

Scadenza il ...../...../..... Emesso da .....

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 26 L.15/68 in caso di dichiarazioni mendaci, in ottemperanza al D. Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e con ciò sollevando l'amministrazione da ogni responsabilità

**DELEGO**

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a ..... il ...../...../.....

Residente a ..... in via ..... N.° .....

Al ritiro dei seguenti esami di diagnostica da me effettuati in quanto impossibilitato/a a provvedere personalmente.

Firma del Delegante

.....

\* **N.B. Il referto verrà consegnato:**

✓ **All'interessato** esibendo questo modulo e un documento di riconoscimento;

✓ **A persona diversa dall'interessato** esibendo questo modulo, la delega al ritiro e il documento d'identità del delegato e del delegante.

**Il referto sarà disponibile presso la segreteria della radiologia del Presidio Ospedaliero di Maniago**

**Dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 15.30**

(Tel. 0427-735222)

Il mancato ritiro del referto entro 30 gg comporta l'intero addebito del costo della prestazione L. 296/2006 art.1 comma 796)