

RITIRO ESAMI RADIOLOGICI

Elenco esami di diagnostica effettuati in data presso la Radiologia di SPILIMBERGO

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 portineria del Presidio Ospedaliero di Spilimbergo

Dal Lunedì al Sabato dalle 8.00 alle 20.00

(Tel. 0427-595595)

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