

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

Direttore Dott. Roberto Spaziante

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

Rev. 2 del 22/12/2017

RICHIESTA MATERIALE ICONOGRAFICO PER EREDI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____

Tel. _____ Cell. _____

Documento di identificazione: Tipo _____ n. _____

Scadenza ____/____/____ Emesso da _____

EREDE del/la sig./ra _____ nato/a il ____/____/____

CHIEDE IL RILASCIO DI

copia di tutti gli esami radiologici prodotti dal ____/____/____ al ____/____/____

copia dei seguenti esami radiologici:

- _____ eseguito il ____/____/____
- _____

SCEGLIE DI (barrare UNA casella e compilare le informazioni richieste)

- ritirare la documentazione di persona
- delegare al ritiro della documentazione

Il/la sig./ra _____ nato/a il ____/____/____

Documento di identificazione: Tipo _____ n. _____

Scadenza ____/____/____ Emesso da _____

Data ____/____/____

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO NOTORIO

Art. 4 Legge n. 15/68 e successive modifiche ed integrazioni; Art. 2 D.P.R. n.103/98; Art. 19 e 47 D.P.R. n. 445/00

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

- di essere residente a _____ in via _____ n. ____

- di essere **legittimo erede** in qualità di _____

del/la Sig./ra _____ nato/a il ____ / ____ / ____

deceduto/a il ____ / ____ / ____ a _____

- di sollevare l'Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone da ogni responsabilità per l'eventuale smarrimento del materiale radiografico richiesto, prodotto in originale e non duplicabile

- di essere informato, secondo quanto previsto all'art. 13 del decreto legislativo n.196 del 30 giugno 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Secondo quanto previsto dall'art.38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta

Data del ritiro ____ / ____ / ____

Firma di chi ritira _____

Firma dell'incaricato dell'AOSMA _____

Allegare:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del/la richiedente

N.B. Ogni copia di esame prodotto su CD ha il costo di 5Euro.