



**MODULO PER LA RICHIESTA
DI COPIE DI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

Io sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a a.....il.....Codice fiscale

Residente/domiciliato/a aVia/Piazza.....n°.....

CAP.....Prov..... Recapito tel. cell.

ricoverato/a presso l'Unità Operativa/Reparto didal

al oppure avendo eseguito un esame come prestazione ambulatoriale,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, chiedo copia degli esami radiografici sotto indicati (SPECIFICARE CORRETTAMENTE):

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> RX | Eseguito il giorno |
| | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA/DOPPLER | Eseguito il giorno |
| | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> TC | Eseguito il giorno |
| | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> RMN | Eseguito il giorno |
| | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> MOC | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> SCINTIGRAFIA/PET-CT | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIA | Eseguito il giorno |

Chiedo che la spedizione venga effettuata in contrassegno all'indirizzo sopra indicato (alla tariffa postale vigente).

Letto, confermato e sottoscritto, dichiarando altresì di essere informato/a di quanto previsto dalla normativa sulla c.d. "privacy", di cui al D.L.vo n. 196 del 30/06/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta.

Milano, ___/___/___

_____ firma leggibile del richiedente



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI NATURA PUBBLICA D.M. 29-12-2004
via Francesco Sforza, 28 – 20122 Milano – Telefono 02 5503.1 – Fax 02 58304350
Codice Fiscale e Part. IVA 04724150968

