



Dipartimento dei Servizi e della Medicina Preventiva

UOC Radiologia

Tel. 02 5503 3516

mail: segrrad@policlinico.mi.it

- Direttore: **Dott. P. R. Biondetti**

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 a Via/Piazza n°

CAP Prov Recapito tel. cell.

ricoverato/a presso l'Unità Operativa/Reparto di dal 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):

- RX Eseguito il giorno
Eseguito il giorno
- ECOGRAFIA/DOPPLER Eseguito il giorno
Eseguito il giorno
- TC Eseguito il giorno
Eseguito il giorno
- RMN Eseguito il giorno
Eseguito il giorno
- MOC Eseguito il giorno
- SCINTIGRAFIA/PET-CT Eseguito il giorno
- 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

