I.R.C.C.S. Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio
Gruppo San Donato

RICHIESTA COPIA CD O IMMAGINI RADIOLOGICHE

Eseguiti in data: _____/_____/_____

Il/La Sottoscritto/a _____nato/a_____il_____

Carta d'identità n°_____in qualità di:

- ☐ Intestatario
- ☐ Altra persona avente diritto

DELEGA AL RITIRO REFERTO IN PRESENZA

DELEGO il Sig./la Sig.ra

Cognome_____Nome_____

Nato/a_____il _____al ritiro della copia delle immagini radiologiche e del/i referto/i medico/i relativi all'/gli esame/i a me riferito/i.

Data_____ Firma del Delegante_____

IMPORTANTE: La persona DELEGATA al RITIRO dovrà presentarsi munita di delega sottoscritta dal delegante in originale. Allegare copia fronte/retro del documento identità in corso di validità del Delegante e del Delegato.

**in qualità di persona delegata sono consapevole che l'Ospedale Galeazzi S.p.a, in qualità di Titolare, tratterà i miei dati personali al solo fine di evadere la richiesta. L'informativa completa ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è disponibile sul sito www.grupposandonato.it e in formato cartaceo presso il CUP.*

Con la presente si richiede il rilascio della seguente documentazione:

- ☐ RX eseguita in data _____
- ☐ ECO eseguita in data _____
- ☐ TAC eseguita in data _____
- ☐ RM eseguita in data _____

Il costo della copia della documentazione richiesta su supporto digitale (CD) è di €24,00 per ECO e RX e €30,00 per RM e TAC.

SPEDIZIONE A DOMICILIO

È possibile richiedere la spedizione a domicilio del CD, al costo di €15,00, da corrispondere alle coordinate bancarie che saranno inviate in risposta alla richiesta effettuata all'indirizzo *archivio.ogsa@grupposandonato.it.* Indicando: nome, cognome, residenza e codice fiscale.

Banca d'appoggio: Banca Monte dei Paschi di Siena - filiale via Santa Margherita 11 - 20121 Milano

Coordinate bancarie:

IBAN: IT 07 K 01030 01600 000007168036

Codice BIC / SWIFT: PASCITMMXXX

Indicare in causale l'espressione: "Richiesta cartella clinica/spedizione/copia CD/DVD, Nome, Cognome, Codice Fiscale del paziente".