



### 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](http://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 €11,00, da corrispondere alle coordinate bancarie che saranno inviate in risposta alla richiesta effettuata all'indirizzo [archivio.ogsa@grupposandonato.it](mailto: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".