



**Azienda Sanitaria Locale Cuneo 2
Servizi di Radiodiagnostica**

Ospedale "S. Lazzaro"

Via P. Belli, 26 - ALBA (CN)
Tel. 0173316319 Fax 0173 290651

E-mail: radiologia.alba@aslcn2. it

Ospedale "S. Spirito"

Via - BRA (CN)
Tel. 0172 420241 Fax 0172 420241

E-mail: radiologia.bra@aslcn2. it

COD: MOD 3 PrSrx05

DATA: 03/12/2013

REVISIONE: 1

PAGINA: 1 DI 1

RICHIESTA DI COPIE DI IMMAGINI RADIOLOGICHE DI PRONTO SOCCORSO

Il sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ a _____

_____ Tel _____ Cell _____

Ricoverato presso il Pronto Soccorso dal _____ al _____ In qualità di:

Intestatario della documentazione clinica richiesta;

Legale rappresentante o erede di;

richiede copia delle immagini relative alle prestazioni radiologiche del:

1. data: ___/___/___

2. data: ___/___/___

su **CD ROM** al costo di **5 euro**

Le copie eseguite sono a disposizione presso il **CUP/RITIRO REFERTI il secondo** giorno lavorativo successivo al ricevimento della richiesta e verranno consegnate previo pagamento della quota dovuta. Per particolari esigenze diagnostico/terapeutiche motivate, in accordo con il personale della radiologia presente, sarà possibile anticipare la consegna delle copie richieste.

L'eventuale mancato ritiro del materiale richiesto o l'eventuale mancato pagamento sarà soggetto alla normativa regionale D.G.R. 14- 10073 del 28.07.2003

Delego al ritiro della documentazione richiesta in mia vece;

(Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

(A tale scopo si allega una copia del documento d'identità del delegante e del delegato)

Data ___/___/___

Firma del richiedente _____

Data ricezione ___/___/___

Si consegna in data odierna quanto sopra richiesto del delegante.

L'OPERATORE DELLO SPORTELLO _____