

RICHIESTA DI COPIA SU CD O DVD  
DI ESAMI RADIOLOGICI

Da richiedere presso il C.U.P. dell'Ospedale dove è avvenuto il ricovero oppure via fax o per e-mail

Relativa alla/al paziente \_\_\_\_\_  
*cognome e nome*

nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
*N. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti*

Evento avvenuto nell'Ospedale \_\_\_\_\_

DATA esecuzione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Pratica N. \_\_\_\_\_

Tipo Esame: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Richiedente \_\_\_\_\_  
*cognome nome*

nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*C.A.P. Comune Nazione*

Tel. \_\_\_\_\_ Relazione con il paziente \_\_\_\_\_

**L'indirizzo deve coincidere con quello riportato sul documento di identità**

DOCUMENTO DI IDENTITÀ

FIRMA DEL RICHIEDENTE

*tipo**numero* via FAX o E-MAIL (allegare copia del documento di identità)

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**COSTI:**

Diritti di riproduzione su CD o DVD, per un massimo di € 20,00 a richiesta	€ 7,00 ad esame
SPESE DI SPEDIZIONE, per la consegna via posta in Italia (per l'estero, + € 8,00)	€ 12,00 a spedizione
SUPPLEMENTO ALLE SPESE DI SPEDIZIONE, per la consegna con CONTRASSEGNO	€ 3,00 a spedizione

**L'accesso alla documentazione clinica è riservato, di norma, al solo paziente cui è intestata (o suo delegato).**

Se il paziente è deceduto, le copie dei documenti possono essere ritirate solo da un erede (con dichiarazione sostitutiva di atto notorio).

Se il paziente è minorenne, interdetto o non autonomo, le copie dei documenti possono essere ritirate solo da chi lo rappresenta legalmente (genitore, tutore legale, amministratore di sostegno): è necessaria la dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

La consegna delle copie dei documenti potrà avvenire SOLO DOPO IL PAGAMENTO dell'importo dovuto per spese e diritti.

**NON SI DARÀ CORSO A RICHIESTE VIA FAX O E-MAIL CHE RISULTINO ERRATE, INCOMPLETE O PRIVE DEI NECESSARI ALLEGATI.**

Per le richieste via FAX o per e-mail, la copia della richiesta vale come ricevuta "salvo buon fine della richiesta"

FAX: 039 6654 629 – indirizzo E-MAIL: [ufficio.protocollo@asst-brianza.it](mailto:ufficio.protocollo@asst-brianza.it)

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 02_Richiesta_Copia_su_CD_DVD_Esami_Radiologici_rev01	20/01/2021	01	Pagina 1 di 2

**CHIEDE LA CONSEGNA PER POSTA:**

- ALL'INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE, RIPOSTATO NELLA FACCIATA 1
- ALL'INDIRIZZO DEL PAZIENTE, RIPOSTATO ALL'INTERNO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

FIRMATO dal RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

*Per tutelare la Privacy, la consegna via posta può essere fatta solo all'indirizzo di chi ha accesso alla cartella clinica  
Se il paziente è defunto, minore, interdetto o non autonomo alla richiesta va allegata la dichiarazione sostitutiva di atto notorio.*

**SOLO nel caso di persona che non sa o non può firmare e **CONTESTUALMENTE** alla richiesta**

**IL FUNZIONARIO**, identificata la persona che presenta l'istanza, attesta che questa richiesta è stata fatta in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

Firma \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

cognome e nome (in stampatello) \_\_\_\_\_

**Dichiarazione raccolta ai sensi dell'art. 4, comma 1, del DPR n. 445/2000 e s.m.i.**

RISERVATO AL PERSONALE ADDETTO

PRATICA DI CASSA N. \_\_\_\_\_  **COSTO €** \_\_\_\_\_ **PAGATO** **DA PAGARE** **IN CONTRASSEGNO** **SPEDITA PER POSTA**, protocollo n. \_\_\_\_\_  Contrassegno di €. \_\_\_\_\_ **CONSEGNATA A MANO A**  paziente o suo delegato  Genitore, Tutore, Erede o suo delegato **MESSA IN CONSEGNA IN PORTINERIA**

La consegna deve avvenire dietro presentazione della ricevuta della richiesta, dell'attestazione di pagamento e previa identificazione di chi ritira.

**Se il paziente è defunto, minore o interdetto** il ritiro è permesso solo ad un erede, a un genitore o al tutore, previa consegna della relativa dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

**Se il ritiro viene fatto da una persona delegata** (dal paziente, da chi ha la potestà di genitore, dal tutore, dall'amministratore di sostegno o da un erede), deve esibire la delega e la fotocopia di un documento di identità valido del delegante e, nel caso in cui il delegante non sia il paziente, anche la dichiarazione sostitutiva di atto notorio in cui il delegante autocertifica il suo stato.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro o Firma \_\_\_\_\_

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 02_Richiesta_Copia_su_CD_DVD_Esami_Radiologici_rev01	20/01/2021	01	Pagina 2 di 2