

Etichetta del paziente  
(se presente)



N. Prot. Interno Radiologia

ISTITUTO CLINICO SAN SIRO

***RICHIESTA IMMAGINI RADIOGRAFICHE IN ORIGINALE***

Il sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Ricoverato c/o il reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

In qualità di:

Intestatario della documentazione clinica richiesta

Legale rappresentante o erede di \_\_\_\_\_  
(allegare eventuale documentazione aggiuntiva (es. deleghe, procure, ecc..))

***CHIEDE***

La consegna in visione dei radiogrammi ORIGINALI relativi alle indagini diagnostiche sotto indicate:

Radiografia Pellicola

(Indicare la sede: \_\_\_\_\_)

RMN (articolare) Pellicola

RMN (no articolare) CD

TAC CD

All'atto del ritiro il sottoscritto si impegna a versare la cauzione di **€ 101,81** (comprensiva di bollo), impegnandosi a restituire le immagini radiografiche entro 90 giorni dalla sottoscrizione della presente. Alla riconsegna delle immagini radiografiche, l'Ufficio Cassa della Radiologia restituirà la somma di **€ 100,00** a seguito della trattenuta per l'imposta di bollo di € 1,81 in applicazione del D.P.R. 26/10/1972, n. 642, art. 13 comma 1. Per riscuotere la cauzione è necessario restituire la ricevuta di versamento del deposito cauzionale in originale, senza la quale non è possibile ottenere il rimborso della somma versata. Il sottoscritto consapevole che la mancata restituzione delle immagini radiografiche impedisce all'Istituto di adempiere l'obbligo della conservazione della documentazione clinica, si assume la piena responsabilità della mancata restituzione delle stesse che comporta il trattenimento della somma versata.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_