



ISTITUTO CLINICO SAN SIRO

RITIRO RADIOGRAMMI

Il/La Sig./Sig.ra _____

Può ritirare il radiogramma _____ presso la **RADIOLOGIA (Piano -1)**
dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00 - **Sabato chiuso** (Tel. 02/48785258) PRELEVANDO
LA **LETTERA L** (arancione) dal distributore dei numeri posto nella hall di ingresso.

Il richiedente: HA GIÀ PAGATO DEVE PAGARE AL RITIRO

N° PELLICOLE _____ TOT € _____

Modalità per ritiro dei radiogrammi

Ritiro da parte dell'interessato:

Presentarsi presso la Radiologia muniti di documento di identità valido. Copia del Suo documento di identità verrà trattenuto dalla Radiologia.

Ritiro da parte di altra persona munita di delegata:

L'intestatario dei radiogrammi deve compilare la delega sotto riportata. Per il ritiro della documentazione clinica il delegato dovrà presentarsi con la propria Carta di Identità e con una fotocopia della carta di identità dell'intestatario dei radiogrammi.

DELEGA per il RITIRO

Il/La Sottoscritto/a _____ Carta di identità N° _____ (allegare foto copia)

DELEGA il Sig./la Sig.ra _____ Carta di identità N° _____ (allegare fotocopia)

a ritirare la copia dei radiogrammi a me intestati e da me richiesti.

I dati personali del delegato verranno trattati dall'Istituto in accordo col decreto legislativo 196/2003, Codice sulla Privacy e solo allo scopo di gestire la delega.

Data _____

Firma _____

FIRMA DI CHI RITIRA LA DOCUMENTAZIONE

Come intestatario delegato ritiro in data odierna la documentazione sanitaria richiesta.

I dati personali del delegato verranno trattati dall'Istituto in accordo col decreto legislativo 196/2003, Codice sulla Privacy e solo allo scopo di gestire la delega.

Data _____

Firma di chi ritira _____

Riservato alla Radiologia:

In data odierna ho consegnato la documentazione richiesta:

all'intestatario di cui ho verificato l'identità

al delegato di cui ho verificato l'identità

Data _____

Firma dell'incaricato _____