



ASL
CITTÀ DI TORINO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 - 101208 Torino
011/5661566 011/439311

MODULO E

MODULO RICHIESTA REFERTI ED ESAMI RADIOLOGICI

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_____)
il _____ / _____ / _____ residente a _____ (_____) via _____
n. _____ C.A.P. _____ telefono _____ Doc _____
num. _____ rilasciato da _____ il _____ / _____ / _____

CHIEDE

che gli venga rilasciato/a n° _____ copia/e della documentazione sanitaria per gli usi consentiti dalla Legge:

- in qualità di intestatario
- altro (specificare) _____ riferita al Sig./ra _____

_____ nato/a _____ Prov. (_____) residente a _____
Prov. (_____) in Via _____ n° _____

(ricordarsi di far compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o di atto di notorietà e allegare la fotocopia del documento di identità del richiedente).

- ESAME RADIOLOGICO COMPLETO CD + REFERTO DEL _____
- REFERTO RADIOLOGICO DEL _____
- COPIA CD DEL _____
- COPIA LASTRE RADIOGRAFICHE ESEGUITE IL _____
- COPIA REFERTO E/O CD RADIOLOGICO DI P.S. DEL (gratis il primo rilascio) _____

Motivo della richiesta: USO PERSONALE - USO MEDICO - USO LEGALE - USO ASSICURATIVO - altro _____

Per il rilascio della documentazione richiesta è previsto un costo di riproduzione da versarsi presso il punto rosso del Presidio Ospedaliero o a mezzo **PagoPA** sul portale **Salute Piemonte / Servizi / Pagamento / Pagamenti Sanitari / Altri Pagamenti**, causale **Rilascio copia documentazione sanitaria.**

MODULO E

Si prende atto che, la documentazione richiesta e non ritirata entro 90 giorni, sarà distrutta senza alcuna possibilità di restituzione della somma versata a titolo di costo di riproduzione.

DATA

IL RICHIEDENTE

SPEDIZIONE A DOMICILIO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto, nel rispetto di quanto previsto del Regolamento Europeo n° 2016/679 del 27/04/2016 che regola il trattamento dei dati personali, dichiara di accettare che il recapito della suddetta documentazione potrà avvenire anche a persona diversa dal destinatario, presente al domicilio indicato. Le spese di spedizione sono da intendersi a totale carico del richiedente (raccomandata con A.R.). Pertanto l'Azienda Sanitaria Locale Città di Torino è esonerata da ogni responsabilità per il mancato recapito del plico, o la manomissione dello stesso, da parte della Ditta incaricata della consegna.

Indirizzo presso il quale deve essere spedita la documentazione richiesta:

Sig./ra _____ residente a _____ (_____)

In Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Città' _____ Prov. (_____)

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo N° 2016/679 del 27/04/2016: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, comunque, nell'ambito dell'attività istituzionale dell'ASL Città di Torino, titolare del trattamento. L'interessato, può esercitare con le limitazioni previste dall'articolo 23, e nel rispetto della normativa vigente i diritti previsti dagli Artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679

Torino, li _____

IL RICHIEDENTE _____

L'OPERATORE ADDETTO

In caso di ritiro presso gli Uffici Aziendali:

Torino, li _____ FIRMA PER AVVENUTA COINSEGNA _____