



**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 \_\_\_\_\_