


| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
|  | Radiologia Specialistica Stelio Vio Imed S.r.l. | Promemoria Ritiro Esami | Mod.05.7 |
| | | | Rev. 5 Aggiornato al 23/07/2020 |
| | | | Pag. 1 di 1 |

**BAR CODE e
numero di chiamata**

COGNOME _____ NOME _____
N. ESAME _____

ORARIO RITIRO ESITI

dalle ore ____ alle ore ____ del giorno ____
i giorni successivi dalle ore ____ alle ore ____ e dalle ore ____ alle ore ____ (dal lunedì al venerdì)

Questo modulo può essere scaricato qui: _____

DA COMPILARE IN CASO DI DELEGA AL RITIRO REFERTI / COPIE CD

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____, il _____,
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____


(eventualmente) in qualità di _____ (es. genitore, tutore, amministratore di sostegno)
di _____, giusta autocertificazione allegata.

DELEGA

Il/La signor/a _____, nato/a a _____
il _____ e residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ Prov. _____ Cap _____,
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____ al ritiro del referto / copia CD
relativo all'esame di _____ n. _____ eseguito in data _____
presso codesto centro diagnostico, esonerando lo stesso centro da qualsiasi responsabilità.

***Esibire copia di un documento di identità valido del delegante ed allegare eventuale dichiarazione sostitutiva di certificazione.
Esibire documento di identità valido del delegato.***

_____, Li ____ / ____ / ____ Firma Delegante _____

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
|  | Radiologia Specialistica Stelio Vio Imed S.r.l. | Promemoria Ritiro Esami | Mod.05.7 |
| | | | Rev. 5 Aggiornato al 23/07/2020 |
| | | | Pag. 2 di 1 |

DA COMPILARE AL RITIRO ESAMI ED EVENTUALI ESAMI PRECEDENTI

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver ricevuto (barrare le caselle corrispondenti):

- il referto e le immagini relative all'esame n. _____
- tutti gli esami precedentemente consegnati al centro diagnostico

_____, Li ___ / ___ / ___ **Firma** _____

ATTENZIONE

Gli esiti verranno consegnati esclusivamente al paziente munito di documento di identità valido o ad altra persona in possesso della presente delega debitamente compilata e sottoscritta, nonché corredata da copia di un documento di identità valido del delegante e del delegato da esibire all'addetto.

In caso di paziente minore/incapace, gli esiti verranno consegnati al soggetto che ne esercita legalmente la rappresentanza munito di documento di identità valido e di DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE della qualità di legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno.

Questo ultimo potrà eventualmente delegare al ritiro una altra persona purché in possesso della presente delega debitamente compilata e sottoscritta, nonché corredata da copia di un documento di identità valido del delegante e del delegato da esibire all'addetto e della DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE della qualità di legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno.

Si ricorda che, in assenza delle predette condizioni, non si potrà procedere alla consegna della documentazione sanitaria richiesta.