

Centro Screening Aziendale
Via Nicola Amore 2
Casavatore
E-mail centroscreening@aslnapoli2nord

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (Prov. _____)

Il _____ C.F. _____

Residente a _____ (Prov. _____) CAP _____

Via _____ n° _____ recapito telefonico _____

e-mail _____

Allegare fotocopia di documento valido

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art.

76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)

diretto interessato

altro soggetto delegato (specificare) _____

(*) Cognome e nome dell'utente titolare della documentazione sanitaria, se diverso dal richiedente

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) CAP _____

Il _____ C.F. _____ . _____ . _____ . _____

Residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ n° _____ recapito telefonico _____

e-mail _____

Allegare fotocopia di documento valido sia del richiedente sia del titolare della documentazione richiesta.

Chiede il rilascio

di copia di SINGOLO referto ambulatoriale, relativo alla seguente prestazione:

_____ eseguita in data _____

di copia delle pellicole radiografiche/CD dell'esame effettuato in data _____

di copia delle pellicole radiografiche/CD dell'esame DI APPROFONDIMENTO effettuato in data _____

Centro Screening Aziendale
Via Nicola Amore 2
Casavatore
E-mail centroscreening@aslnapoli2nord

di copia delle immagini ecografiche dell'esame effettuato in data _____

di vetrino/i (originale) di materiale istologico e/o citologico effettuato in data _____

*** con il ritiro del vetrino/i richiesto/i e il rilascio della liberatoria la Struttura è sollevata da qualsiasi responsabilità inerente eventuali manipolazioni/deterioramenti del materiale**

altro (specificare) _____

Dichiara

di ritirare personalmente (con documento d'identità valido)

tramite persona delegata (con documento d'identità valido del delegato e del delegante)

Sede di ritiro: Radiologia _____

Ambulatorio di Senologia Distrettuale _____

Servizio di Anatomia Istologia e Citologia patologica _____

Nel caso di vetrino/i (originale) di materiale istologico e/o citologico il/la sottoscritto/a si impegna a restituire il preparato integro nel più breve tempo possibile e comunque solleva questa struttura da ogni responsabilità su eventuali manipolazioni o deterioramenti del vetrino nel periodo che è in suo possesso.

Il sottoscritto è altresì consapevole che il materiale citologico consegnato non sarà nel frattempo più disponibile nell'archivio del Servizio di Anatomia Istologia e Citologia patologica per eventuali revisioni diagnostiche.

ALLA PRESENTE SI ALLEGA RICEVUTA DEL VERSAMENTO DI €

Data

Firma