

**Inoltrare la richiesta unitamente ad un documento di riconoscimento tramite e-mail a:**

**[segreteria.radiologia@ic-cittastudi.it](mailto:segreteria.radiologia@ic-cittastudi.it)**

in caso non sia possibile inoltrare la richiesta tramite e-mail consegnarla, debitamente compilata e corredata dagli allegati richiesti, al Punto informazioni sito in Via Jommelli,2

## RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA

Il/la sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Tel. cell. Personale \_\_\_\_\_

in qualità di:

- diretto interessato\* o delegato\*\*  
 tutore/curatore/amministratore di sostegno del paziente \*\*\*  
 erede del paziente \*\*\*  
 persona che intende esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile (ex art. 92 del D.Lgs. 196/03 integrato dal D.Lgs. 101/18), giustificato dalla documentata necessità \*\*\*\*

\* allegare documento di riconoscimento fronte/retro

\*\* allegare delega e documenti di riconoscimento fronte/retro

\*\*\* allegare Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di notorietà (artt. 46 e 47 DPR 28/12/2000, n. 445) e documento di riconoscimento fronte/retro

\*\*\*\* allegare documentazione e documento di riconoscimento fronte/retro

L'informativa relativa al trattamento dei dati personali conferiti è disponibile al link [www.ic-cittastudi.it](http://www.ic-cittastudi.it) alla sezione Privacy ed esposta presso l'Ufficio Ritiro Referti.

Chiede il rilascio di Immagini radiologiche ambulatoriali:

| RICHIESTA                |  | TARIFFA | TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA |
|--------------------------|--|---------|---|
| <input type="checkbox"/> | RX (un esame) Immagini radiologiche (lastre)                                   | € 20,00 | 5 gg lavorativi                         |
| <input type="checkbox"/> | RX (due o più esami) Immagini radiologiche (lastre)                            | € 50,00 |   |
| <input type="checkbox"/> | MAMMOGRAFIA Immagini radiologiche su supporto DVD                              | € 20,00 |   |
| <input type="checkbox"/> | MOC Immagini radiologiche su supporto DVD                                      | € 20,00 |   |
| <input type="checkbox"/> | RMN Immagini radiologiche su supporto DVD                                      | € 20,00 |   |
| <input type="checkbox"/> | RX (per ogni DV D richiesto) Immagini radiologiche su supporto DVD             | € 20,00 |   |
| <input type="checkbox"/> | TAC Immagini radiologiche su supporto DVD                                      | € 20,00 |   |
| <input type="checkbox"/> | Ritiro presso Via Jommelli, 2 con consegna urgente                             | € 15,00 | 2 gg lavorativi                         |
| <input type="checkbox"/> | Consegna a domicilio tramite posta con bonifico (solo per richieste ordinarie) | € 10,00 |   |

Esame eseguito in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ n. accettazione: \_\_\_\_\_

dal sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Recapito tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

## Istruzioni per il pagamento e ritiro in caso di consegna a domicilio del DVD/Lastre di esami radiologici ambulatoriali

Laddove il ritiro non venga effettuato in via Jommelli, 2 - eseguire il bonifico:

- **INTESTATO A:** *Istituto Clinico Città Studi*
  - **CIN:** 0
  - **ABI:** 03069 – *Intesa Sanpaolo SPA CAB: 11310 – Pavia – Viale C. Battisti 18*
  - **IBAN:** IT5800306911310100000000756
  - **CAUSALE:** *Cognome e Nome, (nominativo dell'intestatario della documentazione sanitaria richiesta)*  
"prima copia DVD" (esempio: Mario Rossi "prima copia DVD")
- 
- inviare una e-mail all'indirizzo [segreteria.radiologia@ic-cittastudi.it](mailto:segreteria.radiologia@ic-cittastudi.it) allegando i seguenti documenti:
    - modulo di richiesta debitamente compilato e firmato dai richiedenti;
    - copia dei documenti di identità validi dei richiedenti (fronte e retro);
    - la delega, se necessaria;
    - ricevuta del pagamento a mezzo bonifico bancario.

Dopo conferma di avvenuto pagamento e ricezione dei documenti sopra elencati, il DVD richiesto verrà inviato:

all'indirizzo di residenza sopra indicato

al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

## Istruzioni per il pagamento e ritiro in caso di ritiro presso la portineria di via Jommelli, 2 del DVD di esami radiologici ambulatoriali

In caso di richiesta urgente il pagamento, anticipato, potrà essere effettuato presso le casse di via Jommelli, 2 (modalità di pagamento: contanti, bancomat e carte di credito).

Il ritiro della prima copia DVD potrà essere ritirata solo il primo giorno dalle ore 17.30 alle 19.00, nei successivi giorni feriali dalle ore 13.00 alle ore 19.00 e il sabato dalle ore 08.00 alle ore 12.00. Il ritiro dovrà avvenire tassativamente entro 30 giorni dalla data concordata; oltre questo termine dovrà essere presentata una nuova richiesta con relativo nuovo addebito delle spese.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

Firma dell'Operatore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Compilazione a cura dell'operatore del Punto Informazioni

La copia dei radiogrammi è stata consegnata al Sig. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Operatore \_\_\_\_\_

L'informativa relativa al trattamento dei dati personali conferiti è disponibile al link [www.ic-cittastudi.it](http://www.ic-cittastudi.it) alla sezione Privacy ed esposta presso l'Ufficio Ritiro Referti.