

**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 DVD DI ESAMI RADIOLOGICI AMBULATORIALI (PRIMA COPIA)

**Il/la sottoscritto/a:**

Cognome _____	Nome _____
nato a _____	il ____/____/____
residente a _____	CAP _____ in via _____
Cod. Fisc. _____	Tel. cell. Personale _____
in qualità di:	
<input type="checkbox"/> diretto interessato* o delegato** <input type="checkbox"/> tutore/curatore/amministratore di sostegno del paziente *** <input type="checkbox"/> erede del paziente *** <input type="checkbox"/> 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 DVD di esami radiologici ambulatoriali:

RICHIESTA	TARIFFA	TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA
<input type="checkbox"/> RMN Immagini radiologiche su supporto DVD	Prima copia gratuita	Data indicata nel foglio ritiro referti
<input type="checkbox"/> TAC Immagini radiologiche su supporto DVD		
<input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIA Immagini radiologiche su supporto DVD		
<input type="checkbox"/> RX Immagini radiologiche su supporto DVD		
<input type="checkbox"/> MOC Immagini radiologiche su supporto DVD		
<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 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.