**AZIENDA OSPEDALIERA**
**"SAN PIO" - BENEVENTO**
**di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione**
DEA di II Livello

**UNITA OPERATIVA COMPLESSA**
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
mail: urp@ao-rummo.it
pec: urp@pec.ao-rummo.it

Modello D

MODULO PER RICHIESTA COPIA DVD : TAC- RM- RX- ANGIOGRAFIA

Il sottoscritto _____ nat_ a _____ il _____
residente in _____ alla Via _____ n. _____
recapito telefonico _____ documento di riconoscimento – tipo- _____ n._____
rilasciato da _____in data _____ scadenza _____

chiede

in qualità di:
☐ diretto interessato
☐ tutore/ice del minore (Cognome _____ Nome _____ nato il _____)

copia DVD dell'esame: ☐TC ☐RM ☐RX ☐Angiografia
(barrare la voce che interessa)

effettuat__ in data ___/___/____ ___/___/____ ___/___/____

Delega per il ritiro _l_ Sig./ra _____ nat_ a _____
il _____ residente in _____ alla Via _____ n. ____
recapito telefonico _____ documento di riconoscimento – tipo- _____ n._____
rilasciato da _____ in data _____ scadenza _____

Benevento lì _____ Firma del richiedente _____

**Il DVD va ritirato presso questo sportello URP dopo 5 giorni (lavorativi) a far data dalla presente richiesta, previa esibizione della ricevuta di pagamento di quanto dovuto da effettuare presso il CUP.**

**A cura dell'operatore che consegna il referto**
Il referto è stato ritirato dall'interessato/delegato.
Preliminarmente sono state verificate le identità tramite i documenti sopra indicati.

Data di consegna del referto _____L'operatore URP _____

Data _____Firma dell'utente _____per ricevuta al momento della consegna del referto

I dati personali e/o sanitari saranno trattati in conformità delle disposizioni previste dal D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003.