

Modello A

REGIONE LAZIO
ASL ROMA 5
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
MODULO RICHIESTA COPIA DI ESAMI RADIOLOGICI

Data richiesta: _____ / _____ / _____

Il/la sottoscritto/a: cognome _____ nome _____ Nato/a
a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ Residente in
_____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____ Codice
Fiscale _____ Recapito
Telefonico _____ cell. _____ E-
mail: _____
In qualità di

- **intestatario della documentazione**

oppure

- delegato
- genitore
- esercitante la potestà (consenso dell'altro genitore)
- tutore
- legale rappresentante
- erede (in possesso dell'autocertificazione) di: (dati personale del paziente)

cognome _____
nome _____ nato/a a _____ il
_____ / _____ / _____

CHIEDE

Il rilascio di n° _____ copia/e dell'esame radiografico su Portale regionale relativo a:

- Radiografia effettuato in data _____ / _____ / _____
- TAC effettuato in data _____ / _____ / _____
- Ecografia effettuato in data _____ / _____ / _____

Eseguita:

- durante il ricovero presso il reparto di _____
dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____
- come prestazione di pronto soccorso effettuata in data _____ / _____ / _____

E' previsto il pagamento anticipato di un ticket secondo le seguenti modalità (da indicare):

ritiro presso la Radiologia delle Credenziali per il ritiro degli Esami sul Portale della Regione Lazio

Modello A

N.B.: ALL'ATTO DEL RITIRO IL DELEGATO DOVRA' OBBLIGATORIAMENTE PRESENTARE UN PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO E UN DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO, IN FOTOCOPIA, DEL DELEGANTE

(che verrà ritirato dall'operatore incaricato, al momento del rilascio della documentazione richiesta).

E' consapevole che, il mancato ritiro del referto di visite, esami diagnostici e di laboratorio, trascorsi 30 giorni dalla data di disponibilità, comporta ai sensi della Legge n. 296/2006 art. 1 comma 796 lettera r, l'addebito, anche per gli utenti titolari di esenzione, dell'intero costo della prestazione usufruita, previsto dal nomenclatore tariffario regionale.

Data _____ / _____ / _____

Firma _____
(per esteso – leggibile)

Il modulo di richiesta copia esami radiologici: può essere consegnato di persona, contestualmente al pagamento dell'importo dovuto, presso lo sportello CUP di Presidio dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 16.15, il sabato dalle ore 08.00 alle ore 12.30.

Consegna/ritiro:

La copia degli esami radiologici verrà consegnata di persona esclusivamente all'interessato o ad altra persona che sia munita di delega, documento di identità e fotocopia del documento di identità dell'interessato. Il modulo di delega dovrà essere consegnato contestualmente alla richiesta o all'atto di ritiro della documentazione sanitaria presso lo sportello dell'Accettazione della Radiologia di Presidio.

N.B.: il ritiro della modulistica necessaria può avvenire, di persona, presso lo sportello dell'Accettazione della Radiologia di Presidio, negli orari e nei giorni sopra indicati in Radiologia, oppure può essere scaricata attraverso il sito internet Aziendale (www.aslroma5.it).

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO: E' stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato Cognome e nome

operatore _____ Firma _____

Data _____ / _____ / _____