

Etichetta identificativa del paziente
(se presente)



**Istituto Clinico
San Siro**

Gruppo San Donato

N. Prot. Interno Radiologia

RICHIESTA IMMAGINI RADIOGRAFICHE IN ORIGINALE

Il sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Indirizzo _____ Tel _____ Cell _____

Ricoverato c/o il reparto _____ dal _____ al _____

In qualità di:

Intestatario della documentazione clinica richiesta

Legale rappresentante o erede di _____
(allegare eventuale documentazione aggiuntiva (es. deleghe, procure, ecc..))

CHIEDE

La consegna in visione dei radiogrammi ORIGINALI relativi alle indagini diagnostiche sotto indicate:

Radiografia Pellicola

(Indicare la sede: _____)

RMN (articolare) Pellicola

RMN (no articolare) CD

All'atto del ritiro il sottoscritto si impegna a versare la cauzione di **€ 102,00** (comprensiva di bollo), impegnandosi a restituire le immagini radiografiche entro 90 giorni dalla sottoscrizione della presente.

Alla riconsegna delle immagini radiografiche, l'Ufficio Cassa della Radiologia restituirà la somma di **€ 100,00** a seguito della trattenuta per l'imposta di bollo di € 2,00 in applicazione del D.P.R. 26/10/1972, n. 642, art. 13 comma 1. Per riscuotere la cauzione è necessario restituire la ricevuta di versamento del deposito cauzionale in originale, senza la quale non è possibile ottenere il rimborso della somma versata.

Il sottoscritto consapevole che la mancata restituzione delle immagini radiografiche impedisce all'Istituto di adempiere l'obbligo della conservazione della documentazione clinica, si assume la piena responsabilità della mancata restituzione delle stesse che comporta il trattenimento della somma versata.

Data _____

Firma del richiedente _____