

Il/La sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____

residente in _____

recapito telefonico _____

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'articolo
76D.P.R. 445/2000, in qualità di
(barrare la voce di interesse)**

- diretto interessato, se maggiorenne
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato(*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata(*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato(*)
- coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto temporaneamente impedito di seguito identificato (*), il quale risulta **temporaneamente impedito** alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo **stato di salute** (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000): _____
- legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (*)

(*) **nome e cognome paziente:** _____

nato/a il _____

dichiando

- di ritirare personalmente il referto e/o i radiogrammi (con documento di riconoscimento valido)
- la propria volontà all'invio del referto a proprie spese, fornendo l'affrancatura necessaria, ovvero con spese a carico del destinatario, senza che ciò comporti alcuna responsabilità dell'Unità Operativa in caso di smarrimento dello stesso
- di delegare al ritiro della documentazione sanitaria di diagnosi e cura la seguente persona _____ identificata con documento di riconoscimento _____ n _____

La persona delegata al ritiro dovrà presentarsi munita di un proprio documento di riconoscimento e fotocopia di un documento di riconoscimento del delegante da conservare agli atti della U.O.

Firma del dichiarante _____

N.B. Il referto cartaceo deve essere ritirato entro 30 giorni dalla data di disponibilità sotto indicata.

In caso di mancato ritiro verrà addebitata l'intera tariffa della prestazione sanitaria ottenuta, anche se il destinatario della prestazione è titolare di esenzione (L. 296/2006 art. 1 comma 796 lett. r.).

Nel caso in cui abbia attivato il Suo Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ed abbia espresso il consenso, potrà ricevere il referto direttamente nel fascicolo senza obbligo di ritiro del referto cartaceo.

Per quanto riguarda le prestazioni di radiologia per alcuni accertamenti resta la necessità di ritirare il CD/DVD contenente le immagini relative all'esame presso la struttura erogante la prestazione (U.O. radiologia).

IDENTIFICATIVO DELL'ASSISTITO
Num. Richiesta

Il referto deve essere ritirato presso (indicare luogo, giorno, orario)

RITIRO DEL REFERTO DAL _____

relativo alle prestazioni (***) di _____

(**) riportare **unicamente** la BRANCA SPECIALISTICA

eseguite il _____ presso _____

TIMBRO DELL'U.O. CHE HA EROGATO LA
PRESTAZIONE

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. 196/03

- I dati da lei dichiarati sono utilizzati dagli uffici competenti esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e per le sole finalità strettamente connesse.
- Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Lei può in ogni momento esercitare il diritto di accedere, rettificare, aggiornare, integrare e cancellare i dati, come previsto dall' art. 7 del D.lgs 196/2003.
- Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, la documentazione diagnostica può essere consegnata esclusivamente all'interessato o a persona da lui validamente delegata.