

Egregio Sig/Sig. a (cognome e nome) _____ nato/a il _____

Il referto e le immagini della prestazione effettuata in data _/_/_ saranno consultabili, non appena disponibili e comunque entro 7 giorni lavorativi, con le modalità di seguito indicate. L'eventuale documentazione consegnata all'atto dell'esecuzione della prestazione potrà essere ritirata di persona presso la sezione radiologica di riferimento.

Per gli assistiti della Regione Emilia Romagna:

Potrà visualizzare il referto e le relative immagini radiologiche, mediante Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) utilizzando le credenziali già in suo possesso. Se necessita di assistenza tecnica La invitiamo a contattare il numero verde 800-033033. Per ulteriori dettagli consultare il sito <https://support.fascicolo-sanitario.it/contattaci>

Qualora non avesse ancora attivato il FSE La invitiamo a provvedere. Per informazioni sulle modalità di attivazione, consultare il sito: <https://www.regione.emilia-romagna.it/urp/faq/salute/cose-il-fascicolo-sanitario-elettronico>

Per gli assistiti al di fuori della Regione Emilia Romagna:

Potrà visualizzare il referto e le relative immagini radiologiche, mediante Portale onLine al seguente indirizzo:

www.refertionline-er.it

Il suo codice di prenotazione/accettazione è il seguente _____

E' possibile accedere al portale in forma protetta e riservata, attraverso SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale)- CIE (Carta d'Identità Elettronica) – CNS (Carta Nazionale dei Servizi). Una volta concluso il percorso di accesso, per utilizzare il servizio è necessario inserire il codice di prenotazione/accettazione ricevuto in fase di erogazione delle prestazioni sanitarie che Le consentirà di visualizzare il referto e le immagini delle prestazioni eseguite e salvarle sui supporti informatici in Sua dotazione (quali CD/DVD, memoria di massa, chiavetta USB). E possibile consultare i referti per se stesso oppure per altro soggetto.

N.B. Il referto e le immagini saranno disponibili sul Portale OnLine per una durata di 45 giorni

La guida al download è consultabile all'indirizzo <https://www.aosp.bo.it/referti-radio>

Se necessita di assistenza tecnica per la visualizzazione del referto o la visualizzazione ed il download dell'immagini, La invitiamo a contattare il numero verde 800-033033 oppure inviare una mail a assistenza@servizisanitarionline-er.it

Richiesta/Ritiro presso lo Sportello Polifunzionale, SOLO su richiesta motivata:

Per richiedere il referto cartaceo e/o il CD/DVD con le relative immagini compilare, dopo l'esecuzione dell'indagine, la webform disponibile al seguente indirizzo: <https://www.aosp.bo.it/referti-radio>

Nel caso in cui il richiedente non possa utilizzare la modalità di richiesta sopra descritta o abbia necessità di supporto, può fare riferimento al personale degli Sportelli Polifunzionali del Policlinico.

Il ritiro sarà disponibile non prima di 10 giorni lavorativi dalla data di esecuzione della prestazione e Le sarà comunicata la modalità per il ritiro. Nel caso di ritiro da parte di persona diversa dal diretto interessato, compilare la sezione relativa all'atto di delega.

Solo gli utenti che richiedono copia di referto/CD/DVD dovranno effettuare il pagamento del costo di riproduzione.

ATTO DI DELEGA AL RITIRO DEL REFERTO DA PARTE DIVERSA DAL DIRETTO INTERESSATO

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.

Il diretto interessato (intestatario del referto) con documento d'identità _____ nr _____

DELEGA

al ritiro della documentazione sanitaria di diagnosi e cura la seguente persona:

nome e cognome _____

identificata con documento di riconoscimento _____ n. _____

Data _____

Firma del dichiarante _____

In caso di ritiro da parte di genitore/tutore-curatore/erede/parente del soggetto temporaneamente impedito alla sottoscrizione dell'istanza/legale rappresentante, occorre compilare la dichiarazione di atto di notorietà.

DICHIARAZIONE DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, dichiara di essere:

- ☐ esercente la responsabilità genitoriale sul minore;
☐ tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire;
☐ erede legittimo o testamentario;
☐ coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto 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 _____;

Data _____

Firma _____