



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

UOC Diagnostica per Immagini
Progetto Teleradiologia

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE
Ai sensi del comma 1 art.26 e lettera a) comma 1 art.76 d.lgs. 196/2003

Io sottoscritto/a Dr./ssa _____

In qualità di _____

Richiedo la riproduzione su CD/DVD dell'esame _____

Eseguito in data _____ presso l'U.O. di Radiologia del P.O. di _____

Dal/la Sig./a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Motivazione _____

N° CD/DVD consegnati _____

Data

Firma

DELEGA

AUTORIZZO

l'ASP di Cosenza a consegnare il/i CD/DVD al/alla Sig./a _____

Firma del Delegante _____

L'ASP di Cosenza declina ogni responsabilità per eventuali usi impropri del materiale prodotto.

Si ricorda che ai fini della tutela della privacy è proibito inviare per posta elettronica immagini non criptate.

Data

Firma
