



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

UOC Diagnostica per Immagini
Progetto Teleradiologia

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA
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 pellicola 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 _____

Recapito telefonico _____

N° e formato pellicole consegnate _____

Data

Firma

DELEGA

AUTORIZZO

L'ASP di Cosenza a consegnare la/le pellicola/e 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
