



**DIREZIONE MEDICA**

**Richiesta di duplicati esami strumentali**

MINORE: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Figlio/a di \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 al Sig. **Dirigente Medico Responsabile**  
**Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” Bari**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Documento di identità: tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_  
 in qualità di:  padre\*  madre\*  tutore  delegato\*\*  altre autorità (\_\_\_\_\_)   
 diretto interessato al tempo del ricovero minorenne  
 1. tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
 2. tel. \_\_\_\_\_

\* in qualità di genitore dichiara di non essere decaduto dalla podestà parentale e di non essere sottoposto, da parte dell'autorità giudiziaria, a provvedimenti limitativi sul minore (autodichiarazione ai sensi dell'art. 46 legge 445 del 28/12/2000).

\*\* si specifica che il delegato ha l'obbligo di presentare giusta delega prima del ritiro della copia richiesta.

**CHIEDE**

- rilascio duplicato in formato CD della RX eseguita il \_\_\_\_\_ per uso \_\_\_\_\_
- rilascio duplicato in formato CD della TAC eseguita il \_\_\_\_\_ per uso \_\_\_\_\_
- rilascio duplicato in formato CD della RMN eseguita il \_\_\_\_\_ per uso \_\_\_\_\_
- rilascio duplicato in formato CD ANGIOGRAFIA eseguita il \_\_\_\_\_ per uso \_\_\_\_\_
- rilascio duplicato in formato CD ALTRO eseguito il \_\_\_\_\_ per uso \_\_\_\_\_

del minore in oggetto indicato già ricoverato nell'Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” di Bari:

1. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o U.O. \_\_\_\_\_
2. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o U.O. \_\_\_\_\_
3. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o U.O. \_\_\_\_\_

• **dichiara** di essere a conoscenza che la documentazione clinica di cui si richiede duplicato è coperta segreto professionale (art. 662 c.p.) e che la stessa può essere rilasciata solo al diretto interessato munito di documento di riconoscimento, in caso di minori, solo ai genitori che esercitano la patria potestà o al tutore in caso di soggetti interdetti.

• **dichiara** altresì di essere a conoscenza che il rilascio dei duplicati suindicati è subordinato **al pagamento delle spese di riproduzione di € 10.00 per esame richiesto** (Delibera Aziendale n. 445/11)

Il pagamento del documento richiesto può essere effettuato mediante versamento:

- tramite c.c. postale n. 768705 intestato a :“Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari” P.zza Giulio Cesare n. 11 – 70124 Bari – specificando la causale e allegando la ricevuta di pagamento
- tramite Bonifico Bancario: IBAN IT10D0526279748T20990000520 BANCA POPOLARE PUGLIESE specificando la causale e allegando copia del bonifico effettuato
- presso la cassa ticket dell’Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” solo tramite Bancomat/Carta di credito dal lunedì al venerdì dalle ore 7.45 alle ore 13.30 lunedì e mercoledì dalle 15.30 alle 18.30

Il richiedente dichiara di essere stato messo a conoscenza che la consegna della documentazione potrà avvenire entro un massimo di 30 giorni dalla data della richiesta.

\_\_\_\_\_ firma del richiedente

Bari, \_\_\_\_\_

Visto

si autorizza il rilascio  
 (il funzionario incaricato)

\_\_\_\_\_ N.B si allega copia documento di identità

\_\_\_\_\_ firma per ricevuta

### **Informazioni sul trattamento dei dati personali**

Il Titolare del trattamento è l'A.O.U. Consorziale Policlinico Giovanni XXIII di Bari, con sede legale in Piazza Giulio Cesare, 11 – 70124 Bari, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale UE per la protezione dei dati personali 2016/679; i dati personali raccolti con il presente modulo verranno trattati dal personale specificamente autorizzato ed unicamente per le attività amministrative relative alla gestione della presente richiesta nei modi e nei limiti necessari per perseguire la sopracitata finalità.

I dati raccolti sono custoditi presso la Direzione Sanitaria, Ufficio Cartelle Cliniche, nel rispetto dei tempi di conservazione previsti dalle specifiche normative vigenti. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti di cui al capo III del Regolamento (UE) 2016/679 rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati, mediante l'invio di una lettera indirizzata al Responsabile della protezione dei dati personali dell'AO.U. Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 Bari Tel. 080/5595.644 – 080/5592.658 e-mail RPD.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it