



DIREZIONE MEDICA

Richiesta di presa in visione di radiografie e altra diagnostica per immagini

MINORE: _____ C.F. _____
figlio di _____ e di _____
nato/a a _____ (prov.) _____ il _____
e residente a _____ (prov.) _____ Via _____ n. _____ CAP _____
al Sig. **Dirigente Medico Responsabile**
Ospedale Ped. “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

Di **PRENDERE IN VISIONE**, per gli usi consentiti dalla legge, le radiografie e/o altra diagnostica per immagini

RADIOGRAFIE TAC RMN ANGIOGRAFIE ALTRO

eseguite in Pronto Soccorso in data _____

eseguite in regime di ricovero, avvenuto in data _____ presso l'U.O. _____

con **l'impegno di restituirle**, come indicato dalla Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1375 del 27 luglio 2018, **entro 90 giorni dal ritiro**.

a scopo di cauzione, il richiedente si impegna a versare preventivamente **la somma di Euro 25,00:**

- 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 lun. e merc. dalle 15.30 alle 18.30

Bari, _____

_____ firma del richiedente

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