|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**MODULO DI DELEGA AL RITIRO DEI REFERTI RADIOLOGICI**

Io sottoscritto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *(Cognome)* | | *(Nome)* | |
| *Nato il* | *A* | | *Prov.* |

**DIHIARO DI ESSERE**

⃝ Il diretto interessato

⃝ Il genitore ⃝ Il tutore ⃝ l’amministratore di sostegno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Di *(Cognome)* | | *(Nome)* | |
| *Nato il* | *A* | | *Prov.* |

**DELEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Cognome)* | | *(Nome)* | | |
| *Nato il* | *A* | | | *Prov.* |
| *Stato di nascita* | | *Codice fiscale* | | |
| *Residente a* | | | *Prov.* | *CAP* |
| *Via* | | | | *Numero* |

Al ritiro dell’esame radiologico effettuato in data ………………………………………………………… presso il Servizio di Diagnostica per Immagini dell’Ospedale di Sassuolo

**ALLEGO**

La fotocopia di un mio documento di identità in corso di validità ed il delegato è informato che dovrà presentarsi al ritiro con il presente modulo compilato e sottoscritto e munito di documento in corso di validità

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

Le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono punibili dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L’Ospedale di Sassuolo effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla Legge.

|  |  |
| --- | --- |
| *Data* | *Firma (per esteso e leggibile)* |

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE)2016/679**

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può prendere visione della pagina internet all’indirizzo <https://www.ospedalesassuolo.it/privacy-policy/>

|  |
| --- |
| **SPAZIO RISERVATO ALL’OSPEDALE DI** **SASSUOLO** |
| Tipo e numero del documento di identità del delegato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data …………………………………………. L’Operatore…………………………………………. |

***NB: Referto e immagini possono essere autonomamente scaricate dal Fascicolo Sanitario Elettronico***

OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A. *a socio unico*

*Società sottoposta all'attività di direzione e coordinamento da parte dell'Azienda USL di Modena*

Sede legale: Via F. Ruini, 2 41049 Sassuolo (MO) // C.F. e P.I. 02815350364

Tel. 0536 846111 Sito: [www.ospedalesassuolo.it](http://www.ospedalesassuolo.it) PEC: [ospedale@pec.ospedalesassuolo.it](mailto:ospedale@pec.ospedalesassuolo.it)

***TEMPI DI CONSEGNA DEI REFERTI***

I referti vengono resi disponibili con le seguenti tempistiche conteggiate a partire dal giorno di esecuzione dell’esame:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INDAGINE** | **Tempi standard** | **Tempi per esami prenotati con urgenza (differibile)** |
| Radiologia tradizionale | 8 giorni | 4 giorni |
| Tomografia computerizzata (TCA / TC) | 12 giorni | 6 giorni |
| Risonanza Magnetica (RM / RMN) | 9 giorni | 6 giorni |
| Mammografia | 18 giorni |  |