

## **RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### **Richiede Copia di CD/DVD**

- Relativo al proprio esame
- Relativo all'esame del Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_
- Relativo all'esame del minore/interdetto \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_
- Relativo all'esame del Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Deceduto/a il \_\_\_\_\_

	<b>DESCRIZIONE ESAME</b>	<b>DEL GIORNO</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		

### **E' CONSAPEVOLE**

Che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

### **E' A CONOSCENZA**

Che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D.L.vo 196/2003 e successive modifiche.

Ferrara, lì \_\_\_\_\_

Firma (leggibile): \_\_\_\_\_

**La copia sarà disponibile max. entro 5 gg lavorativi dalla richiesta.  
Ritiro dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 15.30 alle 16.30, il sabato dalle 9.00 alle 12.00**