

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577

**UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**  
**UOC TELERADIODIAGNOSTICA**  
Email: [accettazione.radiologia@asl.rieti.it](mailto:accettazione.radiologia@asl.rieti.it)

(MOD.3)

**MODULO RICHIESTA RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA**  
**ESAMI RADIOLOGICI**

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ PEC/Email \_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI (selezionare opzione):

Intestatarario

Erede legittimario con il seguente grado di parentela \_\_\_\_\_   erede  
testamentario dell'Intestatario defunto \_\_\_\_\_

(in questo caso allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – MODULO “A”, copia del documento identità ed eventuale documentazione comprovante il titolo)

Esercente la responsabilità genitoriale   Affidatario/Tutore/Curatore/assistente di sostegno  
sull'Intestatario \_\_\_\_\_

(in questo caso allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – MODULO “B”, copia del documento di identità ed eventuale documentazione comprovante il titolo)

Delegato

(in questo caso allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – MODULO “C” e copia del documento di identità del delegante e del delegato)

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Dati dell'Intestatario della documentazione oggetto della richiesta (**non compilare se coincide con il soggetto richiedente**)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DICHIARA

di aver letto e compreso l'informativa che segue per il trattamento dei dati personali in relazione al servizio di richiesta copie della documentazione sanitaria e con la presente

CHIEDE LE IMMAGINI, IN FORMATO CD, DEI SEGUENTI ESAMI RADIOLOGICI

RMN con relativo referto effettuata in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

TAC con relativo referto effettuata in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- RADIOGRAFIA con relativo referto effettuata in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Altri esami \_\_\_\_\_ con relativo referto effettuata in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**MODO DI RICEZIONE:**

- Ritiro a mano
- Invio al domicilio/residenza tramite raccomandata A/R di Poste Italiane (con spese postali a carico del destinatario) al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

Data Firma del richiedente (*leggibile*) \_\_\_\_\_

**Allegare ricevuta di pagamento e copia fronte/retro di un documento di riconoscimento dell'intestatario.**

**INFORMAZIONI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

La Asl di Rieti con sede in Via del Terminillo 42, 02100 Rieti - Centralino 0746.2781 - PEC: asl.rieti@pec.it quale Titolare del trattamento, con la presente la informa che i dati che ci vengono conferiti anche telematicamente mediante il presente modulo e relativi allegati sono trattati per fornire la documentazione richiesta e per tutte le attività amministrative connesse. Base giuridica dei trattamenti in questione è da rinvenirsi nella necessità di dare esecuzione alle richieste degli interessati. A tale finalità potrà aggiungersi la necessità di tutelare, anche in giudizio, i diritti e gli interessi dell'ASL, dei suoi dipendenti e assimilabili, dei pazienti e/o di terzi. I dati saranno conservati per il tempo necessario alla corretta e completa erogazione della prestazione richiesta e per il successivo anno, fatta salva la gestione dell'eventuale contenzioso. Il conferimento di tutti i dati richiesti è necessario e l'eventuale rifiuto di fornirli rende impossibile dare seguito alla richiesta. I dati saranno conosciuti da personale sanitario e/o amministrativo dell'ASL di Rieti appositamente autorizzato al relativo trattamento e potranno essere oggetto di comunicazione, se previsto da norma di legge o di regolamento, a Pubbliche Amministrazioni, Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine e consulenti legali e/o assicurativi per la gestione del contenzioso. I dati non sono soggetti a diffusione. Infine, informiamo gli interessati che, sui dati trattati dall'ASL di Rieti, è loro facoltà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento. Gli interessati, in particolare, hanno il diritto in qualunque momento di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che li riguarda, hanno infine il diritto di opporsi al trattamento. Tali diritti potranno essere esercitati inviando una richiesta all'ASL di Rieti, Titolare del trattamento, all'indirizzo della sede aziendale, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati sempre contattabile all'indirizzo e-mail dpo@asl.rieti.it. Gli interessati che ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti, effettuato dall'Asl di Rieti, avvenga in violazione di quanto statuito dal Regolamento potranno proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), come previsto dall'art. 77 del Regolamento medesimo o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:**

- Le richieste devono essere compilate in stampatello e qualora prive di firme e di copia del documento di identità non potranno essere accolte.
- In caso di richiesta di trasmissione degli esami radiografici all'indirizzo di residenza/domicilio, è necessario specificare sempre nel modulo di richiesta l'indirizzo al quale spedire la documentazione

nonchè indicare il numero di telefono del richiedente e dell'eventuale delegato. L'ufficio procede all'invio della documentazione tramite raccomandata A/R con diritto di contrassegno, attraverso la società "Poste Italiane". Le spese postali, a carico del destinatario, sono da corrispondersi all'atto della consegna (per un importo a partire da € 9,00 circa). Il destinatario si assume oneri e responsabilità in caso di eventuale smarrimento ed è tenuto in ogni caso a corrispondere quanto dovuto in contrassegno, con aggiunta delle spese postali.

- I tempi per la fruizione della documentazione sanitaria sono quelli previsti dalla normativa vigente al momento della richiesta.

*FIRMA per accettazione (leggibile)* \_\_\_\_\_