

**UOC Radiologia e Neuroradiologia Mestre**  
**Modulo per invio postale dell'indagine radiologica**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

documento in corso di validità (tipo e numero) \_\_\_\_\_

emesso da \_\_\_\_\_

con la presente chiede all'UOC di Radiologia/Neuroradiologia dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre (VE) l'inoltro in busta chiusa

al sovracitato indirizzo

al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza): via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

dei referti sanitari relativi alla prestazione \_\_\_\_\_ *spazio per etichetta*

effettuata dallo/a scrivente in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Il sottoscritto esonera la predetta Struttura da ogni responsabilità nel caso di disguidi imputabili al Servizio Postale o per conoscenza accidentale di referti da parte di terzi soggetti.

Per eventuali comunicazioni contattare il seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_.

**Modulo per invio postale dell'indagine  
radiologica**

UOC Radiologia e Neuroradiologia Mestre

IO/00067  
REV 1  
30/09/2020

N.B. Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

**Riservato all'Operatore che riceve la richiesta di invio postale**

SONO STATE ACCERTATE LE IDENTITA' DEL RICHIEDENTE TRAMITE IL DOCUMENTO SOPRA INDICATO.

DATA DELLA RICHIESTA \_\_\_\_\_

L'OPERATORE (nome e cognome) \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_