



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
CONSORZIALE POLICLINICO – GIOVANNI XXIII  
OSPEDALE PEDIATRICO “GIOVANNI XXIII”  
Via Amendola 207, 70126 BARI



Al Sig. Dirigente Medico Responsabile  
Direzione Medica  
Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII”

\_L\_ SOTTOSCRITT\_ \_\_\_\_\_

Documento di identità: tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

in qualità di:  Padre;  Madre;  Tutore;  Altro: \_\_\_\_\_

del MINORE \_\_\_\_\_,

nel dichiarare, ai sensi dell’Art. 46 del D.P.R. 445/00, di esercitare legittimamente la patria potestà,

CHIEDE

di prendere in visione, per gli usi consentiti dalla legge, le **radiografie / altra diagnostica per immagini** \_\_\_\_\_:

eseguite in Pronto Soccorso in data \_\_\_\_\_;

eseguite in regime di ricovero, avvenuto in data \_\_\_\_\_ presso la  
U.O. \_\_\_\_\_;

con l’impegno a restituirle, come indicato dalla Deliberazione del Direttore Generale dell’Azienda n.775 del 13 giugno 2011, entro novanta giorni dal ritiro.

A scopo di cauzione, il richiedente si impegna a versare preventivamente presso la Cassa la somma di € 25,82, che verrà restituita a seguito della restituzione del materiale radiologico.

Bari, \_\_\_\_\_

FIRMATO