

 <p>Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII</p>	<b>REGIONE PUGLIA</b> <b>AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA</b> <b>CONSORZIALE POLICLINICO - GIOVANNI XXIII</b> <b>P.zza G. Cesare, 11-70124 BARI</b> <b>DIREZIONE SANITARIA</b> <b>UFFICIO CARTELLA CLINICHE</b> <b>Tel. 080.5592955- fax. 0805594214</b>	<b>Mod. richiesta</b> <b>esami iconografici</b>
--	---	--

**MODULO DI RICHIESTA ESAMI ICONOGRAFICI RIPRODOTTI SU CD/DVD**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL./CELL \_\_\_\_\_

IN POSSESSO DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO CHE IN COPIA SI ALLEGA,

**RICHIEDE**

**COPIA DEI SEGUENTI ESAMI ICONOGRAFICI RIPRODOTTI SU CD/DVD:**

**RMN** (SPECIFICARE L'APPARATO INTERESSATO) \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

**TAC** (SPECIFICARE L'APPARATO INTERESSATO) \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

**ANGIOGRAFIA** (SPECIFICARE L'APPARATO INTERESSATO) \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

**ALTRO** (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

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 il \_\_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_\_

**DIREZIONE SANITARIA**  
**TIMBRO E DATA**

**IL RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_

**IL DELEGATO** \_\_\_\_\_

**FIRMA PER POTESTA' GENITORIALE PER I MINORI**

La copia della documentazione riprodotta su CD/DVD sarà disponibile max entro 7 gg lavorativi dalla richiesta.

Il costo di ogni singolo CD/DVD è pari a 10 euro.

Il ritiro potrà avvenire dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 11.30; il martedì dalle ore 15.30 alle ore 16.30.

Il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D.Lgs.196/03 e dal Reg. Europeo 679/16 (GDPR).

**PARTE RISERVATA ALLA U.O.C**

RITIRATA IN DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Informazioni sul trattamento dei dati personali**

Il Titolare del trattamento è l'**A.O.U. Consorziale Policlinico Giovanni XXIII di Bari**, con sede legale in Piazza Giulio Cesare, 11 – 70124 Bari, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale UE per la protezione dei dati personali 2016/679; i dati personali raccolti con il presente modulo verranno trattati dal personale specificamente autorizzato ed unicamente per le attività amministrative relative alla gestione della presente richiesta nei modi e nei limiti necessari per perseguire la sopracitata finalità.

I dati raccolti sono custoditi presso la Direzione Sanitaria, Ufficio Cartelle Cliniche, nel rispetto dei tempi di conservazione previsti dalle specifiche normative vigenti. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti di cui al capo III del Regolamento (UE) 2016/679 rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati, mediante l'invio di una lettera indirizzata al Responsabile della protezione dei dati personali dell'AO.U. Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 Bari Tel. 080/5595.644 – 080/5592.658 e-mail [RPD.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:RPD.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it)