

LE RADIOGRAFIE DIGITALI EFFETTUATE PRESSO L'AMBULATORIO POSSONO ESSERE INOLTRE ESCLUSIVAMENTE ALLO STUDIO MEDICO DENTISTICO previa sottoscrizione della presente .

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Con la presente chiedo alla **Radiologia Odontoiatrica Dentalrad s.r.l.** di Treviso di **INOLTRE** le immagini radiologiche dell'esame RX CONE BEAM eseguite in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

da me stesso/a

dal minore \_\_\_\_\_ (in qualità di genitore/tutore)  
(Cognome e nome del minore)

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tramite *posta elettronica* **allo studio medico dentistico Dott.** \_\_\_\_\_

al seguente indirizzo \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- ❖ Il sottoscritto dichiara altresì di esonerare l'ambulatorio da ogni responsabilità nel caso di mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o ogni altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del materiale richiesto.
- ❖ La sicurezza nella trasmissione dei documenti per posta elettronica dipende principalmente dai sistemi di protezione informatica installati sul computer utilizzato per la ricezione e l'apertura dei messaggi di posta.
- ❖ Il sottoscritto fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente richiesta unicamente ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa viene presentata e per le finalità strettamente connesse alla medesima. (D.Lgs. n.196 del 30 Giugno 2003).

data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ firma del richiedente \_\_\_\_\_

recapito telefonico per qualsiasi comunicazione.....

**DENTALRAD S.r.l.**

Unità Locale e Amm.va: via A. Borin , 48/i – 31100 Treviso – Tel. 0422 460090 – fax 0422 465136

Direttore Sanitario Dott. Angelo B. Calvani – Medico Chirurgo Specialista in Radiologia