



RICHIESTA copia Cartella Clinica da parte dell'interessato

Io sottoscritto/a **(COGNOME)** _____ **(NOME)** _____

Data di Nascita _____ Doc. di Identità N° _____

Tel _____ / _____ Indirizzo E-mail _____

chiedo alla Direzione Sanitaria dell'Istituto Clinico Sant'Ambrogio il rilascio di copia della Cartella Clinica, a me intestata, riferita al seguente ricovero:

1- Ricovero dal _____ al _____ U.O. _____ Equipe medica _____

2- Ricovero dal _____ al _____ U.O. _____ Equipe medica _____

3- Ricovero dal _____ al _____ U.O. _____ Equipe medica _____

In formato cartaceo autenticato

su supporto Informatico (CD) NON autenticato, non utilizzabile per fini medico legali.

Il sottoscritto richiedente dichiara di essere consapevole che la copia di cartella clinica acquisita su supporto Informatico (CD) non autenticato non potrà essere utilizzata a fini medico-legali.

DATA _____ FIRMA _____

ritirerò la documentazione di persona (o tramite personale da me delegata) c/o l'Uff. Acc. Ricoveri

CHIEDO che la documentazione da me richiesta, venga spedita (con pagamento in contrassegno) a mie spese, senza che ciò comporti alcuna responsabilità dell'Istituto in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Destinatario _____ Via _____ N° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

TARIFFE in vigore :

Fotocopia Cartella Clinica € 25,00 (+Iva)

Spedizione Cartella Clinica € 29,17 (+Iva)

Copia Cartella Clinica su Supporto Informatico (CD) € 15,00 (+Iva)

Il tempo massimo di consegna è di circa 20 giorni lavorativi a Cartella. La data di consegna verrà comunicata dall'Ufficio Accettazione Ricoveri telefonicamente o tramite e-mail ai recapiti indicati.

Data _____

FIRMA dell'interessato _____

Compilare il modulo in ogni sua parte e presentarsi presso l'Ufficio Accettazione Ricoveri (c/o Sportelli CUP – Lettera E) dalle ore 10.30 alle ore 15.00 dal lunedì al venerdì - Sabato chiuso

Oppure via e-mail all'indirizzo richiestacartella.icsa@grupposandonato.it o via fax al n. 02/33127013

Allegando fotocopia fronte/retro della Carta di Identità o altro documento di riconoscimento valido

Riservato all'Ufficio Accettazione Ricoveri:

Numero Cartella Clinica _____

Richiesta cartella registrata a sistema: Sì NO

Pagamento effettuato: Sì NO