



RICHIESTA DI COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

da consegnare presso la postazione ritiro referti di Via Jommelli, 2

Timbro
Firma
Data

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ CAP _____ in via _____

in qualità di:

- diretto interessato
- genitore del paziente *
- tutore/curatore/amministratore di sostegno del paziente *
- erede del paziente *
- persona che intende esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile (ex art. 92 del D.Lgs. 196/03 integrato dal D.Lgs. 101/18), giustificato dalla documentata necessità*

* **allegare Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di notorietà** (artt. 46 e 47 DPR 28/12/2000, n. 445)

L'informativa relativa al trattamento dei dati personali conferiti è disponibile al link www.ic-cittastudi.it alla sezione Privacy ed esposta presso l'Ufficio Ritiro Referti.

In caso di delega: allegare copia dei documenti di riconoscimento del delegante e del delegato

Chiede il rilascio di copia conforme dei sotto elencati documenti:

DOCUMENTO	TARIFFA	TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA
<input type="checkbox"/> Copia cartella clinica (richiesta post-ricovero): <u>ricovero ordinario</u>	€ 32,00	30 gg
<input type="checkbox"/> Copia cartella clinica (richiesta post-ricovero): <u>day surgery</u>	€ 20,00	30 gg
<input type="checkbox"/> CD-ROM intervento (solo per Coronarografia)	€ 20,00	20 gg
<input type="checkbox"/> Copia Verbale di Pronto Soccorso	€ 20,00	10 gg
<input type="checkbox"/> Copia esami tossicologici di Pronto Soccorso	€ 20,00	10 gg
<input type="checkbox"/> Copia referti esami pre-ricovero	€ 20,00	10 gg
<input type="checkbox"/> Copia lettera di dimissione	€ 20,00	10 gg
<input type="checkbox"/> Certificato di ricovero (rilasciato in data successiva al ricovero)	€ 10,00	10 gg
<input type="checkbox"/> Copia referti istologici	€ 20,00	10 gg
<input type="checkbox"/> Copia referti visita/esami ambulatoriali	€ 20,00	10 gg
<input type="checkbox"/> Spese di spedizione	€ 8,00	
<input type="checkbox"/> Spese di spedizione con contrassegno	€ 15,00	

Relativi al/la sig./ra _____

dimesso/a il _____ cartella clinica n. _____

visitato/a in PS il ____/____/____ alle ore _____

visita specialistica eseguita _____ il ____/____/____

esame effettuato _____ il ____/____/____

Pagato € _____ in data ____/____/____ Fattura n. _____

Ritiro in data ____/____/____ spedire entro ____/____/____

Firma del richiedente

Firma al ritiro