



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE

Timbro
Firma
Data

Il sottoscritto:

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*

indirizzo e-mail personale _____ Tel. cell. Personale _____

* **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.

Chiede il rilascio di copia conforme in formato digitale di:

DOCUMENTO	TARIFFA	TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA
<input type="checkbox"/> Copia di cartella clinica (post-dimissione, degenza di almeno 1 notte)	€ 30,00	30 giorni
<input type="checkbox"/> Copia di cartella clinica (post-dimissione, degenza 0 notti)	€ 18,00	30 giorni
<input type="checkbox"/> Copia del verbale di Pronto Soccorso	€ 18,00	10 giorni
<input type="checkbox"/> Copia della lettera di dimissione	€ 18,00	10 giorni
<input type="checkbox"/> Copia del referto di esame istologico	€ 18,00	10 giorni

Relativa al ricovero / accesso in Pronto Soccorso di (compilare solo in caso il richiedente sia persona diversa dal diretto interessato):

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il ___ / ___ / _____

residente a _____ CAP _____ in via _____

ricovero presso il reparto _____ dal _____ al _____

accesso in Pronto Soccorso il ___ / ___ / _____

Autorizzo che vengano comunicati al mio indirizzo e-mail e con SMS al mio numero telefonico cellulare gli elementi utili all'accesso al portale web per scaricare i documenti richiesti o per aprire i documenti inviati.

_____ / _____ / _____
Luogo Data

Firma del richiedente



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

- Possono essere inviati come copie digitali solo i documenti, elencati nel modulo di richiesta, firmati digitalmente.
- Il modulo di richiesta può essere ritirato presso i reparti di degenza, presso il Punto Informazioni in via Jommelli 2 oppure può essere scaricato dal sito internet dell'ospedale (<https://ic-cittastudi.it/>) alla pagina Info & Moduli.
- Il modulo debitamente compilato e firmato dal richiedente può essere consegnato al Punto Informazioni in via Jommelli 2 oppure inviato per e-mail, con allegati i documenti sottoelencati, all'indirizzo ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it. È anche possibile inviare le richieste per posta all'indirizzo: Istituto Clinico Città Studi – Ufficio Cartelle Cliniche, via Ampère 47, 20131 Milano.
- In tutti i casi in cui il richiedente sia persona diversa dal ricoverato è obbligatorio compilare, firmare e allegare la Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di Notorietà.
- Sul modulo di richiesta indicare l'indirizzo e-mail presso il quale saranno inviate le comunicazioni ed il numero di telefono cellulare al quale saranno inviati via SMS gli avvisi. Sono accettabili solo indirizzi e-mail e numeri di telefono personali; non saranno accettati indirizzi e-mail intestati a società, uffici, attività commerciali, ecc.).
- Per il pagamento eseguite un bonifico a favore di Istituto Clinico Città Studi S.p.A. al seguente IBAN: IT 58 O 03069 11310 100000000756.
- Inviare una e-mail all'indirizzo ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it allegando i seguenti documenti:
 - modulo di richiesta debitamente compilato e firmato dal richiedente;
 - copia del documento di identità valido del richiedente (fronte e retro) e, se il richiedente è persona differente dal degente, copia del documento di identità dell'intestatario della documentazione clinica;
 - la Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di Notorietà se il richiedente è persona diversa dal paziente;
 - distinta del pagamento a mezzo bonifico bancario.
- Nel caso di richiesta di copia di cartella clinica vi verrà inviata una e-mail per la conferma della richiesta e successivamente una seconda mail con un link attraverso il quale accedere al portale dal quale scaricherete il documento utilizzando il PIN che vi verrà inviato con un SMS al numero di cellulare che avete indicato.
- Gli altri tipi di documenti vi saranno inviati per e-mail come allegati in formato pdf criptato. La password per aprire il documento vi sarà inviata con un SMS al numero di cellulare che avete indicato.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

residente a _____ Prov. _____ Via _____

recapito telefonico _____

Documento di riconoscimento _____

DICHIARO di essere a conoscenza:

- di quanto prescritto dall'art. 75 del DPR 445/2000 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti in seguito al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità;
- che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

DICHIARO di:

- Esercitare la potestà genitoriale sul minore
- Essere Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno (*allegare copia dell'atto di nomina*)
- Essere erede legittimo o testamentario (*sono eredi legittimi il coniuge e i figli, in loro mancanza i genitori, in mancanza dei suddetti i fratelli, in mancanza di tutti costoro gli ascendenti e discendenti fino al 4° grado*).
 - che non vi sono disposizioni testamentarie
 - che vi sono disposizioni testamentarie
- 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.

Estremi identificativi del paziente intestatario della documentazione clinica:

Cognome _____	Nome _____
nato a _____	il ___ / ___ / _____
residente a _____	CAP _____ in via _____
<input type="checkbox"/> ricoverato presso il reparto _____	dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> accesso in Pronto Soccorso il ___ / ___ / _____	
<input type="checkbox"/> deceduto il ___ / ___ / _____	

_____ / ___ / ___
Luogo Data

Firma del richiedente