



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELLA PMA IN FORMATO CARTACEO

Inoltrare la richiesta unitamente ai documenti di riconoscimento tramite e-mail a:
ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it

in caso non sia possibile inoltrare la richiesta tramite e-mail consegnarla, debitamente compilata e corredata dagli allegati richiesti, al Punto informazioni in Via Jommelli,2

| |
|--|
| La sottoscritta _____ nata a _____ |
| il ____/____/____ residente a _____ CAP _____ |
| in via _____ telefono _____ |
| <input type="checkbox"/> con delega e copia del documento di riconoscimento del partner (da allegare alla richiesta) |

| |
|--|
| Il sottoscritto _____ nato a _____ |
| il ____/____/____ residente a _____ CAP _____ |
| in via _____ telefono _____ |
| <input type="checkbox"/> con delega e copia del documento di riconoscimento del partner (da allegare alla richiesta) |

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.

Chiedono il rilascio di copia conforme dei sotto elencati documenti:

| | DOCUMENTO | TARIFFA | TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA |
|--------------------------|---|---------|---|
| <input type="checkbox"/> | Copia cartella clinica del centro di Procreazione Medicalmente Assistita – Prelievo Ovociti | € 30,00 | 30 gg |
| <input type="checkbox"/> | Copia cartella clinica del centro di Procreazione Medicalmente Assistita – Trasferimento embrioni | € 30,00 | 30 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 | € 10,00 | |

| |
|---|
| Relativi alla Sig.ra _____ |
| Dimessa il ____/____/____ |
| visita specialistica eseguita _____ il ____/____/____ |
| esame effettuato _____ il ____/____/____ |



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELLA PMA IN FORMATO CARTACEO

Istruzioni per il pagamento e ritiro della documentazione sanitaria

All'atto della richiesta l'utente potrà scegliere se effettuare il pagamento mediante bonifico o direttamente presso gli sportelli di Via Jommelli n. 2.

In caso di pagamento mediante bonifico:

- eseguire il bonifico:
 - **INTESTATO A:** *Istituto Clinico Città Studi*
 - **CIN:** 0
 - **ABI:** 03069 – *Intesa Sanpaolo SPA CAB: 11310 – Pavia – Viale C. Battisti 18*
 - **IBAN:** IT5800306911310100000000756
 - **CAUSALE:** *Cognome e Nome, (nominativo dell' intestatario della documentazione sanitaria richiesta)*
"copia documentazione sanitaria" (esempio: *Mario Rossi "copia documentazione sanitaria"*)
- inviare una e-mail all'indirizzo ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it allegando i seguenti documenti:
 - modulo di richiesta debitamente compilato e firmato dai richiedenti;
 - copia dei documenti di identità validi dei richiedenti (fronte e retro);
 - la delega, se necessaria;
 - ricevuta del pagamento a mezzo bonifico bancario.

Dopo conferma di avvenuto pagamento e ricezione dei documenti sopra elencati, la documentazione richiesta sarà:

spedita all'indirizzo di residenza sopra indicato (se richiesta spedizione postale)

o al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov _____

Se il ritiro sarà effettuato presso la portineria di via Jommelli, 2, potrà essere ritirato dalle ore 17.30 del giorno _____ o anche nei successivi giorni feriali dalle ore 13.00 alle ore 19.00 e il sabato dalle ore 08.00 alle ore 12.00. Il ritiro dovrà avvenire tassativamente entro 30 giorni dalla data concordata; oltre questo termine dovrà essere presentata una nuova richiesta con relativo nuovo addebito delle spese.

Allegare al presente modulo la copia dei documenti di riconoscimento fronte/retro di entrambi i partner.

I richiedenti sono entrambi autorizzati al ritiro della documentazione richiesta.

Data _____

Firma del Richiedente

Firma del Richiedente

Compilazione a cura degli operatori del punto Informazioni

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

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

_____ Firma al ritiro