



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO

Timbro - Firma - Data

Inoltrare la richiesta unitamente a un documento 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

Il/la sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Tel. cell. Personale \_\_\_\_\_

in qualità di:

- checkbox diretto interessato\* o delegato\*\*
checkbox tutore/curatore/amministratore di sostegno del paziente \*\*\*
checkbox erede del paziente \*\*\*
checkbox persona che intende esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria...

\* allegare documento di riconoscimento fronte/retro

\*\* allegare delega e documenti di riconoscimento fronte/retro

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

\*\*\*\* allegare documentazione e documento di riconoscimento fronte/retro

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 dei sotto elencati documenti:

Table with 3 columns: DOCUMENTO, TARIFFA, TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA. Rows include: Copia cartella clinica post-dimissione, CD-ROM intervento, Copia Verbale di Pronto Soccorso, Copia referti esami pre-ricovero, Copia lettera di dimissione, Certificato di ricovero, Copia referti istologici, Copia referti visita/esami ambulatoriali, Spese di spedizione.

ricoverato/a presso il reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
dimesso/a dal PS il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ visita specialistica eseguita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
esame effettuato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relativa all'utente (compilare solo in caso il richiedente sia persona diversa dal diretto interessato):

Form fields for user details: Cognome, Nome, nato a, il \_\_/\_\_/\_\_, residente a, CAP, in via



# RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA 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](mailto: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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

### Compilazione a cura degli operatori del punto Informazioni

Pagato € \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fattura n. \_\_\_\_\_

Ritiro in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ spedire entro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma al ritiro