



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO

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:

- diretto interessato* o delegato**
- 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 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:

DOCUMENTO	TARIFFA	TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA
<input type="checkbox"/> Copia cartella clinica post-dimissione, degenza di almeno 1 notte (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 40,00	30 gg
<input type="checkbox"/> Copia cartella clinica post-dimissione, degenza di 0 notti (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 30,00	30 gg
<input type="checkbox"/> CD-ROM intervento (solo per Coronarografia)	€ 20,00	20 gg
<input type="checkbox"/> Copia Verbale di Pronto Soccorso	€ 25,00	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	€ 10,00	

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):

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 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