RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE
(erede o altra persona)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____/_____/_____

residente a _____ CAP _____ in via _____

Cod. Fisc. _____ Tel. cell. Personale _____

in qualità di:

- ❑ 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 **
- ❑ delegato di uno dei precedenti***

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)*
** *allegare documentazione*
*** allegare delega, copia del documento di delegante e delegato e, se delegato dall'erede Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Atto di notorietà (firmato dall'erede)

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
❑	Copia di cartella clinica post-dimissione, degenza di almeno 1 notte (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 35,00	30 giorni
❑	Copia di cartella clinica post-dimissione, degenza di 0 notti (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 25,00	30 giorni
❑	Copia del verbale di Pronto Soccorso	€ 20,00	10 giorni
❑	Copia della lettera di dimissione	€ 18,00	10 giorni
❑	Copia del referto di esame istologico	€ 18,00	10 giorni

ricoverato/a presso il reparto di _____dal _____ al _____

dimesso/a dal PS 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 _____

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/la richiedente

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE
(erede o altra persona)

Istruzioni per la compilazione del modulo e per l'apertura del file

- 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.
- 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 comunicati gli avvisi.
- 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.
- Inviate 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);
  - se erede, Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto di Notorietà;
  - la documentazione per esercitare un diritto in sede giudiziaria etc., se necessaria;
  - ricevuta del pagamento a mezzo bonifico bancario.
- La documentazione verrà inviata per e-mail con allegati criptati protetti da password. La password per aprire il documento sarà comunicata al numero di cellulare indicato.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex art. 6, DPR n. 445/2000)

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 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)

di:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il ___ / ___ / _____

residente a _____ CAP _____ in via _____

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.

_____ ___ / ___ / _____ _____

Luogo Data Firma del/la richiedente