



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE

(diretto interessato, delegato o tutore, curatore,
amministratore di sostegno)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____	Nome _____
nato a _____	il ____/____/____
residente a _____	CAP _____ in via _____
Cod. Fisc. _____	Tel. cell. Personale _____
in qualità di:	
<input type="checkbox"/> diretto interessato o delegato*	
<input type="checkbox"/> tutore/curatore/amministratore di sostegno del paziente **	
indirizzo e-mail personale _____	Tel. cell. Personale _____
* allegare delega	
** 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 (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	<i>I documenti in formato digitale vengono rilasciati gratuitamente al diretto interessato</i>	30 giorni
<input type="checkbox"/> Copia di cartella clinica post-dimissione, degenza di 0 notti (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)		30 giorni
<input type="checkbox"/> Copia del verbale di Pronto Soccorso		10 giorni
<input type="checkbox"/> Copia della lettera di dimissione		10 giorni
<input type="checkbox"/> Copia del referto di esame istologico		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

**(diretto interessato, delegato o tutore, curatore,
amministratore di sostegno)**

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.
- In tutti i casi in cui il richiedente sia persona diversa dal ricoverato o dal delegato 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.
- 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 delega, se necessaria;
 - la Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di Notorietà, se necessaria.
- 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 TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

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