



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER IL MINORE IN FORMATO DIGITALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il ____/____/____ residente a _____ CAP _____
in via _____ telefono _____
Cod. Fisc. _____
 con delega e copia del documento di riconoscimento dell'altro genitore (da allegare alla richiesta)
 con documentazione attestante la esclusività della patria potestà (da allegare alla richiesta)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ residente a _____ CAP _____
in via _____ telefono _____
Cod. Fisc. _____

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 del minore 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 del minore 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

Relativi al/alla minore _____
nato a _____ il ____/____/____
residente a _____ CAP _____ in via _____
ricoverato/a presso il reparto di _____ dal _____ al _____
dimesso/a dal PS il ____/____/____

Autorizziamo che vengano comunicati al numero telefonico cellulare _____ e
seguito indirizzo e-mail _____
gli elementi utili per aprire i documenti richiesti.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma del Genitore

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma del Genitore

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER IL MINORE IN FORMATO DIGITALE

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.
- 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 dai richiedenti;
 - copia dei documenti di identità validi dei richiedenti (fronte e retro);
 - la delega, 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.