



RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

da entrambe le parti interessate

PMA da consegnare presso la postazione ritiro referti di Via Jommelli, 2

Timbro
Firma
Data

Sistema Sanitario Regione Lombardia

La sottoscritta _____ nata a _____
 il ____/____/____ residente a _____ C.a.p. _____
 in via _____ telefono _____
 con delega e copia del documento di riconoscimento del partner

Il sottoscritto _____ nato a _____
 il ____/____/____ residente a _____ C.a.p. _____
 in via _____ telefono _____
 con delega e copia del documento di riconoscimento del partner

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.

Chiedono il rilascio di copia conforme dei sotto elencati documenti:

	DOCUMENTO	TARIFFA	TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA
<input type="checkbox"/>	Copia cartella clinica del centro di Procreazione Medicalmente Assistita – Prelievo Ovociti	€ 20,00	30 gg
<input type="checkbox"/>	Copia cartella clinica del centro di Procreazione Medicalmente Assistita – Trasferimento embrioni	€ 20,00	30 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	€ 8,00	
<input type="checkbox"/>	Spese di spedizione con contrassegno	€ 15,00	

Dichiaro

di essere stata dimessa il ____/____/____ con cartella clinica n. _____

di avere effettuato una visita specialistica di _____ il ____/____/____

di aver effettuato il seguente esame _____ il ____/____/____

Pagato € _____ in data ____/____/____ Fattura n. _____

Ritiro in data ____/____/____ spedire entro ____/____/____

Firma del richiedente _____ Firma al ritiro _____

Firma del richiedente _____ Firma al ritiro _____