



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELLA PMA IN FORMATO CARTACEO

Inoltrare la richiesta unitamente ai documenti 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

La sottoscritta _____ nata a _____
il ____/____/____ residente a _____ CAP _____
in via _____ telefono _____
<input type="checkbox"/> con delega e copia del documento di riconoscimento del partner (da allegare alla richiesta)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____/____/____ residente a _____ CAP _____
in via _____ telefono _____
<input type="checkbox"/> con delega e copia del documento di riconoscimento del partner (da allegare alla richiesta)

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	€ 30,00	30 gg
<input type="checkbox"/>	Copia cartella clinica del centro di Procreazione Medicalmente Assistita – Trasferimento embrioni	€ 30,00	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	€ 10,00	
<input type="checkbox"/>	Spese di spedizione con contrassegno	€ 15,00	

Relativi alla Sig.ra _____
Dimessa il ____/____/____
visita specialistica eseguita _____ il ____/____/____
esame effettuato _____ il ____/____/____



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELLA PMA IN FORMATO CARTACEO

MODALITA' DI RITIRO

La consegna avverrà entro i termini previsti:

- presso il Punto Informazioni di Via Jommelli, 2
- a domicilio tramite posta.

Punto Informazioni di Via Jommelli, 2

Il ritiro può essere effettuato a partire dalle ore 17.30 del giorno _____ presso la portineria di via Jommelli 2 e potrà essere ritirato 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.

Spedizione postale

Se richiesta spedizione postale con pagamento anticipato o in contrassegno, inviare:

- all'indirizzo di residenza sopra indicato
- al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

I richiedenti sono entrambi autorizzati al ritiro della documentazione richiesta.

Data _____

Firma del Richiedente

Firma del Richiedente

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

Ritiro in data _____ / _____ / _____ spedire entro _____ / _____ / _____

_____ Firma al ritiro