



# RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELLA PMA IN FORMATO DIGITALE

La sottoscritta _____	nata a _____
il ____/____/____ residente a _____	CAP _____
in via _____	telefono _____
Cod. Fisc. _____	
<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 _____
Cod. Fisc. _____	
<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](http://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	€ 25,00	30 gg
<input type="checkbox"/>	Copia cartella clinica del centro di Procreazione Medicalmente Assistita – Trasferimento embrioni	€ 25,00	30 gg
<input type="checkbox"/>	Copia lettera di dimissione	€ 18,00	10 gg
<input type="checkbox"/>	Copia referti istologici	€ 18,00	10 gg

<b>Relativi alla Sig.ra</b> _____
Dimessa il ____/____/____

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

**(la richiesta deve essere sottoscritta da entrambi i partner, tranne nei casi con delega)**

_____	____/____/____	_____
Luogo	Data	Firma della Richiedente
_____	____/____/____	_____
Luogo	Data	Firma del Richiedente

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

- Il modulo debitamente compilato e firmato dal/i richiedente/i può essere consegnato al Punto Informazioni in via Jommelli 2 oppure inviato per e-mail, con allegati i documenti sotto elencati, all'indirizzo [ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it](mailto: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 e 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 0 03069 11310 100000000756.
- Inviare una e-mail all'indirizzo [ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it](mailto: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;
  - ricevuta del pagamento a mezzo bonifico bancario.
- La documentazione verrà inviata per e-mail con allegati protetti da password. La password per aprire il documento sarà comunicata al numero di cellulare indicato.