



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO

Inoltrare la richiesta unitamente a un documento 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

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ CAP _____ in via _____

Cod. Fisc. _____ Tel. cell. Personale _____

in qualità di:

- diretto interessato o delegato*
- tutore/curatore/amministratore di sostegno del paziente **
- erede del paziente **
- persona che intende esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile (ex art. 92 del D.Lgs. 196/03 integrato dal D.Lgs. 101/18), giustificato dalla documentata necessità ***

* allegare delega

** allegare Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di Atto di notorietà (artt. 46 e 47 DPR 28/12/2000, n. 445)

*** allegare documentazione

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 dei sotto elencati documenti:

DOCUMENTO	TARIFFA	TEMPO DI RITIRO DALLA DATA DI RICHIESTA
<input type="checkbox"/> Copia cartella clinica post-dimissione, degenza di almeno 1 notte (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 40,00	30 gg
<input type="checkbox"/> Copia cartella clinica post-dimissione, degenza di 0 notti (se l'accesso è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 30,00	30 gg
<input type="checkbox"/> CD-ROM intervento (solo per Coronarografia)	€ 20,00	20 gg
<input type="checkbox"/> Copia Verbale di Pronto Soccorso	€ 25,00	10 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	

ricoverato/a presso il reparto di _____ dal _____ al _____

dimesso/a dal PS il ____/____/____

visita specialistica eseguita _____ il ____/____/____

esame effettuato _____ 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 _____



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA 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 _____

Data _____

Firma del Richiedente

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

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

_____ Firma al ritiro