



# RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO PER IL MINORE

**Inoltrare la richiesta unitamente ai documenti di riconoscimento tramite e-mail a:**  
**[ufficio.cartellecliniche@ic-cittastudi.it](mailto: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 sito in Via Jommelli,2*

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

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 di cartella clinica post-dimissione, degenza di almeno 1 notte (se l'accesso del minore è avvenuto da PS il Verbale è compreso)	€ 40,00	30 gg
<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)	€ 30,00	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	

Relativi al/alla minore _____
Nato/a a _____ il ____/____/____
residente a _____ CAP _____ in via _____
ricoverato/a presso il reparto di _____ dal _____ al _____
dimesso/a dal PS il ____/____/____
visita specialistica eseguita _____ il ____/____/____
esame effettuato _____ il ____/____/____



# RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO PER IL MINORE

## 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 \_\_\_\_\_

**I richiedenti sono entrambi autorizzati al ritiro della documentazione richiesta.**

Firma del Genitore

Firma del Genitore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pagato € \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fattura n. \_\_\_\_\_

Ritiro in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ spedire entro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma al ritiro