



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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
 con delega e copia del documento di riconoscimento dell'altro genitore (da allegare alla richiesta)  
 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 \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

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.

Chiede il rilascio di copia conforme in formato digitale di:

	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)	€ 35,00	30 giorni
<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)	€ 25,00	30 giorni
<input type="checkbox"/>	Copia del verbale di Pronto Soccorso	€ 20,00	10 giorni
<input type="checkbox"/>	Copia della lettera di dimissione	€ 18,00	10 giorni
<input type="checkbox"/>	Copia del referto di esame istologico	€ 18,00	10 giorni

Relativi al/alla minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
ricoverato/a presso il reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dimesso/a dal PS il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizziamo che vengano comunicati al numero telefonico cellulare \_\_\_\_\_ e  
seguito indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

gli elementi utili per aprire i documenti richiesti.

\_\_\_\_\_  
Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore

\_\_\_\_\_  
Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore

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

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

- Il modulo debitamente compilato e firmato dal richiedente può essere consegnato al Punto Informazioni in via Jommelli 2 oppure inviato per e-mail, con allegati i documenti sottoelencati, 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 ed 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 O 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 criptati protetti da password. La password per aprire il documento sarà comunicata al numero di cellulare indicato.