



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA
da parte dell'intestatario interessato

Io Sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____

Tel. _____ Doc d'Identità n° _____

Ricovero SSN

Ricovero Solvente/Assicurazioni

Chiedo alla Direzione Sanitaria dell'Istituto Clinico San Siro il rilascio di copia della Cartella Clinica, **a me intestata**, riferita al seguente ricovero:

Ricovero dal ___/___/___/ al ___/___/___ N° Cartella Clinica _____

Ricovero dal ___/___/___/ al ___/___/___ N° Cartella Clinica _____

Ricovero dal ___/___/___/ al ___/___/___ N° Cartella Clinica _____

Ricovero dal ___/___/___/ al ___/___/___ N° Cartella Clinica _____

Ritirerò la documentazione di persona o tramite persona da me delegata allo sportello

Chiedo che la documentazione da me richiesta venga spedita a mie spese, senza che ciò comporti alcuna responsabilità dell'Istituto in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Destinatario _____ Via _____ n° _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____

TARIFFE IN VIGORE

Fotocopia Cartella Clinica **ritirata presso lo sportello**

(richiesta allo sportello e contestualmente pagata)
compresa)

€ 30,50 (iva 22%)

Fotocopia Cartella Clinica **spedita**

(richiesta allo sportello e contestualmente pagata)
compresa)

€ 35,50 (iva 22%)

Fotocopia Cartella Clinica **spedita**

(richiesta via e-mail o fax e pagata in contrassegno)

€ 41,60 (iva 22% compresa)

Data _____

Firma _____