



## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA da parte dell'intestatario interessato

Io sottoscritto/a (**COGNOME**) \_\_\_\_\_ (**NOME**) \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Doc. di Identità N° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

chiedo alla Direzione Sanitaria dell'Istituto Clinico Sant'Ambrogio il rilascio di copia della Cartella Clinica, a me intestata, riferita al seguente ricovero:

1- Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Équipe medica \_\_\_\_\_

2- Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Équipe medica \_\_\_\_\_

3- Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Équipe medica \_\_\_\_\_

In formato cartaceo autenticato

su supporto Informatico (CD) NON autenticato, non utilizzabile per fini medico legali.

Il sottoscritto richiedente dichiara di essere consapevole che la copia di cartella clinica acquisita su supporto Informatico (CD) non autenticato non potrà essere utilizzata a fini medico-legali.  
DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

ritirerò la documentazione di persona (o tramite personale da me delegata) c/o l'Uff. Acc. Ricoveri

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° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**TARIFFE in vigore:**

Fotocopia Cartella Clinica € 25,00 (+Iva)

Spedizione Cartella Clinica € 29.17 (+Iva)

Copia Cartella Clinica su Supporto Informatico (CD) € 15.00 (+Iva)

*L'Ufficio Accettazione Ricoveri comunicherà, telefonicamente o tramite e-mail ai recapiti indicati, quando la copia della cartella sarà pronta per il ritiro.*

*I dati personali del richiedente verranno trattati dall'Istituto in accordo col EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)– e solo allo scopo di gestire la presente richiesta.*

Data \_\_\_\_\_ FIRMA dell'intestatario \_\_\_\_\_

**Compilare il modulo in ogni sua parte e presentarsi presso l'Ufficio Accettazione Ricoveri (c/o Sportelli CUP – Lettera ET) dalle ore dalle ore 10.30 alle ore 15.00 dal lunedì al venerdì - sabato chiuso**

Oppure via e-mail all'indirizzo [richiestacartella.icsa@grupposandonato.it](mailto:richiestacartella.icsa@grupposandonato.it) o via fax al n. 02/33127013

Allegando fotocopia fronte/retro della Carta di Identità o altro documento di riconoscimento valido

**Riservato all'Ufficio Accettazione Ricoveri:**

Numero Cartella Clinica \_\_\_\_\_

Richiesta cartella registrata a sistema:  SÌ  NO

Pagamento effettuato:  SÌ  NO