



**Istituti Clinici
Zucchi**

Gruppo San Donato

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA



- Presidio di Monza
- Presidio di Carate Brianza

Mod. RMCCRH_2002a
Rev. 005 del 11/09/2019

La richiesta deve essere corredata da copia di un documento d'identità dell'avente diritto e va consegnata allo sportello Accettazione Ricoveri . La richiesta , scaricabile dal sito aziendale <https://www.grupposandonato.it/strutture/istituti-clinici-zucchi-monza> può essere anche inviata

- per il presidio di Monza via fax, al numero 039-8383372, o posta elettronica all'indirizzo ricoveri.zucchi@grupposandonato.it
- per il presidio di Carate Brianza via fax, al numero 0362-986512, o posta elettronica all'indirizzo ricoveri.cb@grupposandonato.it

Io sottoscritto/a

Nato/a il ___ / ___ / _____ a

Residente a Documento d'identità

(per comunicazioni) Numero di telefono e-mail.....

In qualità di:

Intestatario

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

- Genitore
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
(Allego documento attestante i poteri attribuiti all'amministratore sulla salute e cura del paziente)*

Del/la (nome e cognome della persona affidata)

Nato/a il ___ / ___ / _____ a

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

- Erede testamentario
- Erede legittimo (grado di parentela)
- Persona avente interesse proprio ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 92 comma 2
(Allego motivazione documentata)*

Del/la (nome e cognome della persona affidata)

Nato/a il ___ / ___ / _____ a

CHIEDO:

copia conforme delle seguenti cartelle cliniche

Ricovero dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ presso l'Unità Operativa di

Ricovero dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ presso l'Unità Operativa di

Ricovero dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____ presso l'Unità Operativa di

Modalità di consegna:

- Ritiro allo sportello (al costo di 26€)
- Spedizione con pagamento anticipato, come da listino prezzi interno, senza che ciò comporti alcuna responsabilità degli Istituti Clinici Zucchi in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Città PROV. CAP

via n.

Se persona diversa dall'intestatario, la stessa dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei suoi dati personali ai sensi dell'art. 13 Reg (UE) 2016/679, apposta sul retro del modulo di ritiro copia cartella clinica.

Data ___ / ___ / _____ Firma

Riservato allo Sportello Accettazione Ricoveri

NUMERI CARTELLE CLINICHE RICHIESTE

***questa tipologia di richiesta viene valutata e approvata dalla Direzione Medica di presidio**