



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 _____

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

Chiedo che la documentazione da me richiesta venga spedita tramite raccomandata, 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** € 32,00 (iva compresa) a cartella

Fotocopia Cartella Clinica **spedita** € 40,00 (iva compresa) a cartella
(pagamento tramite bonifico bancario)

Pagamento tramite bonifico bancario intestato a:

ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI S.P.A.-BANCA POPOLARE DI MILANO

IBAN: IT87W0503401726000000007160

SWIFT: BAPPIT21617

Indicando in causale: Richiesta cartella clinica, Nome, Cognome, Codice Fiscale del paziente

N.B.: in assenza di modulo debitamente compilato, documento di identità dell'avente diritto, certificazione comprovante il titolo e copia di ricevuta del bonifico bancario, la richiesta non potrà essere evasa.

La richiesta può essere effettuata allo sportello, via mail (ricoveri.icss@grupposandonato.it) o via fax (02.48785233).

Data

Firma _____