

Richiesta copia Documentazione sanitaria

All'Ospedale di Desio - Ufficio Cartelle Cliniche
indirizzo mail: cartelle.cliniche.desio@asst-monza.it

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

1) Residente a _____ via _____ n° _____

Cap. _____ Prov. _____ Tel. _____

Documento di identità _____ n. _____

Rilasciato da _____ che allega in fotocopia

CHIEDE

- In qualità di intestatario della documentazione richiesta
- In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale
- In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)
- In qualità di erede
- In qualità di legittimo richiedente

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR 28/12/200 n°445,

il rilascio di copia conforme del Signor/Signora:

Cognome e nome _____ **Nato/a il** _____

Cartella Clinica del ricovero presso il reparto _____ dal _____ al _____

Cartella Clinica del ricovero presso il reparto _____ dal _____ al _____

Cartella Clinica del ricovero presso il reparto _____ dal _____ al _____

Documentazione ambulatorio di _____ dal _____ al _____

Prestazione di Pronto Soccorso effettuata in data _____

Verbale di intervento 118 effettuato in data _____

Referto autoptico effettuato in data _____

Referto esami di laboratorio effettuato in data _____

Altro (coronarografia) _____

Data _____ Firma _____

Richiesta copia Documentazione sanitaria

In caso di minore:

Firma madre _____ Data _____

Firma padre _____ Data _____

La documentazione richiesta sarà disponibile c/o l'Ufficio Cartelle Cliniche, piano terra, dopo **30** giorni lavorativi

Si richiede la spedizione al domicilio all'indirizzo:

riportato al punto 1) al seguente indirizzo:

Signor/a _____

Località _____ via _____ n° _____

Cap. _____ Prov. _____ Tel. _____

e se di minore del documento d'identità di entrambe i genitori.

Delega al ritiro della documentazione:

Il sottoscritto _____

(Cognome e nome del richiedente)

In caso di minore: Nome e cognome del minore _____

La sottoscritta signora _____

(Cognome e nome della madre)

Il sottoscritto signor _____

(Cognome e nome del padre)

delego al ritiro il/la sig./ra _____

(Cognome e nome del delegato)

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ .n° _____

N.B.: Il delegato deve presentarsi munito del proprio documento d'identità e del documento d'identità del titolare della documentazione sanitaria anche in fotocopia.

Qualora la documentazione richiesta sia di un minore, il ritiro potrà essere effettuato da uno dei genitori presentando la presente delega compilata dall'altro genitore e fotocopia del documento di identità del genitore assente, o da un terzo delegato, presentando la presente delega e fotocopia dei documenti d'identità di entrambi i genitori.

Desio, _____ In fede _____

(Firma del/dei richiedente/i)

Parte riservata all'Ufficio Cartelle Cliniche:

Documento d'identità del delegato: Tipo _____ n. _____ scad. _____

Dichiaro di ritirare quanto richiesto.

Data _____ Firma _____