 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Monza	Modulo Aziendale Richiesta copia Documentazione sanitaria e/o sociosanitaria	Rev.0 del 19-06-2017	Pag. 1/2
		DMP-UAC-MA-004	

All'ASST Monza Presidio di _____
 (**Specificare comune e Ospedale/Sert/Poliambulatorio/RSD/ecc...**)

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 (allegare autocertificazione)
- In qualità di legittimo richiedente

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000 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 _____
- Cartella Ambulatoriale/Consultoriale di _____ dal _____ al _____
- Prestazione di Pronto Soccorso effettuata in data _____
- Verbale di intervento 118 effettuato in data _____
- Referto autoptico effettuato in data _____
- Referto ambulatoriale della prestazione _____ (visita/esami lab/rx/tac/ecc...) effettuato in data _____ presso _____
- Altra documentazione _____ dal _____ al _____

il rilascio di copia conforme su CD:

- Radiografia* _____ eseguita il _____
- TAC* _____ eseguita il _____
- Scintigrafia* _____ eseguita il _____
- PET* _____ eseguita il _____
- Mammografia _____ eseguita il _____
- Risonanza magnetica* _____ eseguita il _____
- Coronarografia _____ eseguita il _____
- Cartella Clinica / ambulatoriale (v. sopra) _____
- Altro* _____ eseguito il _____
- Radiografia **su PELLICOLA** * _____ eseguita il _____

(* specificare il distretto corporeo interessato p.es. RX Torace, polso destro, ecc)

Data _____ Firma _____

	Modulo Aziendale Richiesta copia Documentazione sanitaria e/o sociosanitaria	Rev.0 del 19-06-2017	Pag. 2/2
		DMP-UAC-MA-004	

In caso di minore:

Firma madre _____ Data _____

Firma padre _____ Data _____

La documentazione richiesta sarà disponibile c/o l'Ufficio Preposto del Presidio Ospedaliero/Territoriale interessato entro 7 giorni lavorativi dalla data di inoltro della richiesta e 30 giorni lavorativi per eventuali integrazioni non ancora presenti alla data di richiesta.

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 entrambe i genitori.

Comune _____ Data _____

In fede _____

(Firma del/dei richiedente/i)

Parte riservata all'Ufficio Preposto:

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

Dichiaro di ritirare quanto richiesto.

Data _____ Firma _____