

All'Ufficio Archivio Sanitario - Direzione Sanitaria
Fondazione IRCCS - Istituto Neurologico "Carlo Besta"
Via Celoria, 11 - Milano
Fax 02/23942197 - Tel. 02/23942332

Milano, ____/____/____

Io sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a _____ il ____/____/____ residente/domiciliato a _____
prov _____ via _____ n. _____ tel. _____
doc. di identità _____ n. _____ (fotocopia
allegata) rilasciato da _____ il ____/____/____

DELEGO

cognome _____
nome _____
nato/a _____ il ____/____/____ residente/domiciliato a _____
prov _____ via _____ n. _____ tel. _____

al ritiro della copia:

della **cartella clinica** relativa al ricovero effettuato presso l'Istituto Neurologico "Carlo Besta" nella Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

dei seguenti esami:

TC **risonanza magnetica** **angiografia** **Ecodoppler TSA** **radiografici** _____
eseguiti durante il ricovero effettuato presso l'Istituto Neurologico "Carlo Besta" nella Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

DICHIARO INOLTRE DI ESSERE INFORMATO, AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, CHE I DATI PERSONALI SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE RICHIESTA (CON L'EVENTUALE ALLEGATA DOCUMENTAZIONE) E' RESA.

FIRMA DEL DELEGANTE

Il delegato al ritiro deve disporre di fotocopia del documento di identità del paziente delegante

- La copia della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici può essere consegnata esclusivamente ad un delegato:
- dell'intestatario della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici **in caso di paziente maggiorenne capace di intendere e di volere**
 - dei genitori esercenti la potestà genitoriale o del tutore **in caso di paziente minorenni**
 - del tutore **in caso di paziente maggiorenne incapace**
 - degli eredi legittimi che ne diano documentata certificazione **in caso di paziente deceduto**