

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** • **radiografici** • **Ecodoppler TSA**
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**