

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 _____ prov. ____ il ____ / ____ / ____ residente/domiciliato in

via _____ a _____ prov. ____ cap _____

tel. _____ doc. di identità _____ n. _____

rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445, chiedo copia della documentazione di seguito indicata relativa a:

a me stesso

al signor

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ prov. ____ il ____ / ____ / ____ residente/domiciliato in

via _____ a _____ prov. ____ cap _____

del quale dichiaro sotto la mia personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n° 445, di essere:

GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE TUTORE EREDE LEGITTIMO

cartella clinica relativa al ricovero effettuato presso l'Istituto Neurologico "Carlo Besta"

➤ nella Unità Operativa di _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

➤ nella Unità Operativa di _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

degli esami:

TC **risonanza magnetica** **angiografia** **Ecodoppler TSA** **radiografici** _____

eseguiti nel ricovero effettuato presso l'Istituto Neurologico "Carlo Besta" nella Unità Operativa di _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

SEGUE SUL RETRO

- **La richiesta di copia della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici deve essere consegnata presso la portineria dell'Istituto od essere spedita via fax al n° 02/23942197.**
Per ogni informazione potete telefonare all'Ufficio archivio sanitario, tel. 02/23942332 dal lunedì al giovedì dalle ore 14.00 alle ore 16.00.
- La **cartella clinica** sarà disponibile entro 40 giorni dalla data di dimissione presso l'archivio centrale. Questo provvederà a contattare telefonicamente il richiedente per comunicare il giorno di ritiro.
- Le **copie di esami neuroradiologici** potranno essere ritirate dopo 10 giorni dalla data di presentazione della richiesta
- **I costi** a carico del richiedente sono:
 - € 20 per la copia della singola cartella clinica
 - € 20 per la copia digitale su CD o DVD di esami neuroradiologici
 - € 6,50 per la spedizione postale con raccomandata.
- **Il pagamento** può essere effettuato presso gli sportelli nei seguenti orari:
lunedì e giovedì dalle ore 8.30 alle ore 19.00
martedì e mercoledì dalle ore 8.30 alle ore 20.00
venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.30
- **Ritiro delle copie** può essere effettuato presso la portineria dell'Istituto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00.
Chi ritira le copie deve essere munito di documento di identità e deve esibire la ricevuta di versamento dell'importo previsto per il rilascio delle copie. Il delegato al ritiro deve inoltre disporre di delega scritta e fotocopia del documento di identità del paziente delegante

Se si desidera la spedizione postale

SI ALLEGA RICEVUTA DI PAGAMENTO

SI CHIEDE SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO

La spedizione deve essere eseguita:

ALL'INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE

AL SEGUENTE INDIRIZZO

- La copia della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici può essere consegnata esclusivamente:
 - **in caso di paziente maggiorenne capace di intendere e di volere** all'intestatario della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici od a suo delegato
 - **in caso di paziente minorenni** ai genitori esercenti la potestà genitoriale, al tutore od a loro delegato
 - **in caso di paziente maggiorenne incapace** al tutore od a suo delegato
 - **in caso di paziente deceduto** agli eredi legittimi che ne diano documentata certificazione od a loro delegato

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO, DICHIARANDO 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 RICHIEDENTE
