



RICHIESTA COPIA AUTENTICA DI CARTELLA CLINICA E/O DI ESAMI NEURORADIOLOGICI

COD.: MODI38

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 cognome _____ nome _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____ Prov _____

residente/domiciliato a _____ in Via/P.zza _____

n _____ CAP _____ tel _____

CHIEDO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE DI SEGUITO INDICATA RELATIVA A

ME STESSO

AL PAZIENTE

cognome _____ nome _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ Prov _____

in qualità di:

genitore/i esercente la potestà genitoriale

tutore

amministratore di sostegno

erede legittimo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

cartella clinica relativa al ricovero presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "C. Besta"

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

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

esami radiologici eseguiti durante il ricovero effettuato presso la Fondazione IRCCS "C. Besta"

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

La richiesta di copia della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici, corredata dalla copia del documento di identità del paziente e/o richiedente e della eventuale ricevuta di pagamento, può essere consegnata presso la portineria dell'Istituto, essere spedita via fax al n° 02/23942197 o inviata alla mail archivosanitario@istituto-besta.it

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 in Archivio Sanitario entro 30 giorni dalla data di dimissione. Chi sceglie di ritirare la cartella di persona, sarà contattato telefonicamente da personale dell'Archivio che comunicherà la data a partire dalla quale la copia sarà a disposizione presso la Portineria di via Celoria.

SEGUE SUL RETRO →

Data: 11/01/2017 Rev.: 11
Pagina 1 di 2
Emesso da: Direzione Sanitaria



RICHIESTA COPIA AUTENTICA DI CARTELLA CLINICA E/O DI ESAMI NEURORADIOLOGICI

COD.: MODI38

- 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 digitale su CD o a mezzo PEC della singola cartella clinica;
- € 20 per la copia digitale su CD o DVD di esami neuroradiologici;
- € 6.50 per la spedizione postale di CD o DVD a mezzo raccomandata, con pagamento anticipato allo sportello;
- € 8.20 per la spedizione postale di CD o DVD a mezzo raccomandata in contrassegno, con pagamento alla consegna a domicilio.
- € 17 per la spedizione all'estero, da pagarsi anticipatamente all'atto della presentazione della richiesta.

Il **pagamento** può essere effettuato presso gli sportelli nei seguenti orari:

- lunedì dalle ore 8.30 alle ore 19
- da martedì a giovedì dalle ore 8.30 alle ore 19.30
- venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.45

Ritiro delle copie: può essere effettuato presso la Portineria dell'Istituto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Per i soli utenti che abbiano provveduto al pagamento anticipato, il ritiro sarà effettuabile anche 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

Cognome _____ **Nome** _____

Via/P.zza _____ **Comune** _____ **Cap** _____ **Prov** _____

Spedizione a mezzo PEC (per la sola cartella clinica) al seguente indirizzo

SI ALLEGA RICEVUTA DI PAGAMENTO

- 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'istituzionario della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici od a suo delegato
 - **in caso di paziente minorenne** ai genitori esercenti la potestà genitoriale, al tutore o 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 o 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) È RESA.

Milano, ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data: 11/01/2017 Rev.: 11
Pagina 2 di 2
Emesso da: Direzione Sanitaria