



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

COD.: MOD I 38

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 per il ritiro.

SEGUE SUL RETRO →

Data: 28/06/2018 Rev.: 15
Pagina 1 di 2
Emesso da: Direzione Sanitaria



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

COD.: MOD I 38

- 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 lo Sportello Ritiro Referti dell'Istituto dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle ore 19.00, il venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle ore 16.00.

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

SI CONFERMA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Milano, ____ / ____ / ____