



N. Richiesta _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

COGNOME

NOME

il ___/___/___ Residente a _____ Via _____ n° ___ Tel _____

Estremi del documento di riconoscimento: Carta d'identità Patente Passaporto Permesso di soggiorno n° _____**DICHIARA¹** di essere: Padre² Madre² Tutore/Curatore/Amministratore Erede legittimati all'accesso i parenti fino al 6° grado (artt. 74-78 cc).
del paziente _____ nato a _____ il ___/___/___

Data ___/___/___ Firma del genitore/tutore/erede _____

 delegato³

Data ___/___/___

Firma del **Delegato** _____ Firma del **Delegante** _____

(COLUI CHE DELEGA)

¹consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (DPR 445/2000)²non è stato emesso rispettivamente dal Tribunale ordinario e/o dal Tribunale per i minori alcun provvedimento e/o dispositivo dell'Autorità Giudiziaria (art. 330 e 333 cc) o dell'Autorità Pubblica (art. 403 cc) che limiti, sospenda e/o inibisca la responsabilità genitoriale.³**Mostrare** al personale incaricato alla consegna/ritiro della documentazione sanitaria il documento di riconoscimento dichiarato ed **allegare la copia** del documento di riconoscimento del delegante.

CHIEDO

N.	Documento	Prezzo*
	Copia conforme cartella clinica (entro 5 anni dalla data di dimissione)	€ 18,00
	Copia conforme cartella clinica (oltre 5 anni dalla data di dimissione)	€ 36,00
	Referto/documentazione ambulatoriale - Verbale di Pronto Soccorso	€ 5,00
	Radiografia su pellicola (tariffa per ciascuna prestazione indipendentemente dal numero di pellicole)	€ 16,00
	Radiografia/TAC o _____ su supporto digitale	€ 5,00

* secondo tariffario definito con deliberazione n. 596/2012

Struttura _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ nel Presidio **A) B) C)**
(reparto/ambulatorio/servizio)Struttura _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ nel Presidio **A) B) C)**
(reparto/ambulatorio/servizio)

A	Ospedale E. Bassini	via Gorki, 50 - Cinisello Balsamo	Tel. 02/5799.8203
B	Ospedale Città di Sesto San Giovanni	via Matteotti, 83 - Sesto S. Giovanni	Tel. 02/5799.9238
C	Presidio Territoriale dei Poliambulatori (PTP)	via A. Doria, 52 - Milano	Tel. 02/5799.

Il rilascio di copie conformi della documentazione sanitaria deve essere subordinato al pagamento dei costi di riproduzione e di ricerca, costi che sono stati definiti come sopra riportato. Gli importi di cui sopra dovranno essere pagati all'**atto della richiesta** presso il CUP.La documentazione sarà rilasciata all'intestatario della stessa o a **persona diversa** se indicata nel riquadro "RITIRO".Chiedo la spedizione della documentazione sanitaria richiesta, alla tariffa postale vigente, all'indirizzo (escluso per **PTP**): _____**Data richiesta** ___/___/___ **Firma** _____**Visto, l'operatore** _____

RITIRO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

COGNOME

NOME

il ___/___/___ Residente a _____ Via _____ n° ___ Tel _____

Estremi del documento di riconoscimento: Carta d'identità Patente Passaporto Permesso di soggiorno n° _____**DICHIARA¹** di essere: Padre² Madre² Tutore/Curatore/Amministratore Erede legittimati all'accesso i parenti fino al 6° grado (artt. 74-78 cc).
Data ___/___/___ Firma del genitore/tutore/erede _____ delegato³

Data ___/___/___

Firma del **Delegato** _____ Firma del **Delegante** _____

(COLUI CHE DELEGA)

¹consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (DPR n. 445/2000)²non è stato emesso rispettivamente dal Tribunale ordinario e/o dal Tribunale per i minori alcun provvedimento e/o dispositivo dell'Autorità Giudiziaria (art. 330 e 333 cc) o dell'Autorità Pubblica (art. 403 cc) che limiti, sospenda e/o inibisca la responsabilità genitoriale.³**Mostrare** al personale incaricato alla consegna/ritiro della documentazione sanitaria il documento di riconoscimento dichiarato ed **allegare la copia** del documento di riconoscimento del delegante.

I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal D.L.vo 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data consegna ___/___/___ **Visto, l'operatore** _____

Codice pagamento: _____