



## 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° \_\_\_\_\_**DICHIARA**<sup>1</sup> di essere: Padre<sup>2</sup>  Madre<sup>2</sup>  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 \_\_\_\_\_

 delegato<sup>3</sup>

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del **Delegato** \_\_\_\_\_ Firma del **Delegante** \_\_\_\_\_

(COLUI CHE DELEGA)

<sup>1</sup>consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (DPR 445/2000)<sup>2</sup>non 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.<sup>3</sup>**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 ( <b>entro</b> 5 anni dalla data di dimissione)	€ 18,00
	Copia conforme cartella clinica ( <b>oltre</b> 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)

<b>A</b>	<b>Ospedale E. Bassini</b>	via Gorki, 50 - Cinisello Balsamo	Tel. 02/5799.8203
<b>B</b>	<b>Ospedale Città di Sesto San Giovanni</b>	via Matteotti, 83 - Sesto S. Giovanni	Tel. 02/5799.9238
<b>C</b>	<b>Presidio Territoriale dei Poliambulatori (PTP)</b>	via A. Doria, 52 - Milano	Tel. 02/5799.1

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° \_\_\_\_\_**DICHIARA**<sup>1</sup> di essere: Padre<sup>2</sup>  Madre<sup>2</sup>  Tutore/Curatore/Amministratore  Erede legittimati all'accesso i parenti fino al 6° grado (artt. 74-78 cc).  
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del genitore/tutore/erede \_\_\_\_\_ delegato<sup>3</sup>

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del **Delegato** \_\_\_\_\_ Firma del **Delegante** \_\_\_\_\_

(COLUI CHE DELEGA)

<sup>1</sup>consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (DPR n. 445/2000)<sup>2</sup>non 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.<sup>3</sup>**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: \_\_\_\_\_