

ALLA DIREZIONE MEDICA DEL P.O. DI:  Garbagnate  Rho/ Passirana  Bollate

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

Richiesta N° \_\_\_\_\_

### RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero;

**CHIEDE IL RILASCIO DI:**

- CARTELLA VIA WEB (Compilare Informativa Privacy allegata)
- ESAMI RADIOLOGICI
- REFERTO DI PRONTO SOCCORSO
- REFERTO DI \_\_\_\_\_
- ALTRO \_\_\_\_\_

Indicare la data	Riservato all'ufficio competente
del _____	N° _____
del _____	N° _____
del _____	N° _____
del _____	N° _____
del _____	N° _____

**Relativa a se stesso/a**

**Relativa al/alla Sig./Sig.ra**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' DI:**

*(compilare solo se la documentazione si riferisce a persona diversa dal richiedente)*

- Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale** (Allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)
- Tutore** (Allegare provvedimento di nomina)
- Amministratore di sostegno** (Allegare provvedimento di nomina)
- Erede** (Allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)
- Coniuge** temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute e dichiara che l'intestatario non dissente / non dissentirebbe dalla presente richiesta. (Allegare documentazione attestante)
- Figlio/a** temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute e dichiara che l'intestatario non dissente / non dissentirebbe dalla presente richiesta. (Allegare documentazione attestante)
- Altro parente** in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute e dichiara che l'intestatario non dissente / non dissentirebbe dalla presente richiesta. (Allegare documentazione attestante)
- Delegato del titolare** (allegare delega, copia documento identità del titolare e del delegato)

Firma per esteso del richiedente \_\_\_\_\_

**Si richiede la SPEDIZIONE (pagamento anticipato di € 10 con pago PA) all'indirizzo:**

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Riservato all'ufficio competente**

**PAGAMENTO EFFETTUATO IL** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **BOLLA N°** \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

**SALDO EFFETTUATO IL** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **BOLLA N°** \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

**RITIRO AVVENUTO IL** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IL RITIRANTE**

\_\_\_\_\_

**La copia della documentazione clinica sarà conservata, in caso di mancato ritiro, per un anno dalla data della richiesta.**

INFO COSTI per il rilascio di copia della documentazione clinica

- 1) Copia di cartella clinica conforme all'originale, in formato digitale, via WEB: € 20,00;
- 2) Copia di referti di Pronto Soccorso, referti ambulatoriali e riscontri autoptici: € 10,00 più € 10 per la spedizione;
- 3) Copia di esami radiografici: € 10,00;
- 4) Copia cartacea di cartella clinica / fascicolo ambulatoriale: € 50,00 più € 10 per la spedizione;  
Per tutte le richieste il pagamento deve essere effettuato con pagoPa compilando i campi richiesti compresa la **causale** (Esempio: copia cartella clinica, copia referti, copia rx); al link:  
<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/mypay4/cittadino/spontaneo?enteToChange=ASSTR>  
**con ricevuta del pagamento da inviare contestualmente alla richiesta**
- 5) Eventuali spese di spedizione: € 10 tramite pagoPA al link:  
<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/mypay4/cittadino/spontaneo?enteToChange=ASSTR>  
**con ricevuta del pagamento da inviare contestualmente alla richiesta.**