



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° _____ |

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.