



ISTITUTO CLINICO SAN SIRO

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

Data ritiro:

RICHIESTA copia Cartella Clinica *da parte dell'intestatario interessato*

Io sottoscritto/a (**COGNOME**) _____ (**NOME**) _____

Tel. _____ **Doc. di Identità N°** _____

chiedo alla Direzione Sanitaria dell'Istituto Clinico San Siro il rilascio di copia della Cartella Clinica, a me intestata, riferita al seguente ricovero:

1- Ricovero dal ___/___/___ al ___/___/___ N° Cartella Clinica _____

2- Ricovero dal ___/___/___ al ___/___/___ N° Cartella Clinica _____

3- Ricovero dal ___/___/___ al ___/___/___ N° Cartella Clinica _____

4- Ricovero dal ___/___/___ al ___/___/___ N° Cartella Clinica _____

CHIEDO che la documentazione da me richiesta, venga spedita (con pagamento in contrassegno) a mie spese, senza che ciò comporti alcuna responsabilità dell'Istituto in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Destinatario _____ Via _____ N° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

TARIFFE in vigore :

Fotocopia Cartella Clinica anno in corso e anno precedente € 10,83 (+21% Iva)

Fotocopia Cartella Clinica dal secondo anno € 20,83 (+21% Iva)

Spedizione Cartella Clinica € 9,25 (+21% Iva)

Il tempo massimo di consegna è di 14 giorni a Cartella (media di 10gg). La data di consegna viene fornita allo sportello all'atto della richiesta; chi effettua la richiesta on line o via fax può contattare lo Sportello Accettazione Ricoveri al numero 02/48785204, dalle 10.30 alle 12.00, dal lunedì al venerdì, per conoscere la data precisa di consegna.

Data _____

FIRMA _____