



ISTITUTO CLINICO SAN SIRO

RITIRO copia Cartella Clinica

Il/La Sig./Sig.ra _____

Può ritirare la fotocopia della Cartella Clinica dal giorno _____ presso

l'Uff. Accettazione Ricovero dal lunedì al venerdì dalle ore 10.30 alle ore 12.00 - Sabato chiuso.

Le consigliamo di telefonare un giorno prima della data di consegna al numero **02/48785204** (Ufficio Accettazione Ricoveri) per accertarsi che la documentazione sia pronta per il ritiro.

Il richiedente: **HA GIÀ PAGATO** **DEVE PAGARE AL RITIRO**
(prendere la **lettera F** per il ritiro del documento allo sportello) (prendere la **lettera E** per pagare e poi la **lettera F** per ritirare il documento allo sportello)

Modalità per ritiro della documentazione clinica

Ritiro da parte dell'interessato:

Presentarsi presso l'Ufficio Accettazione Ricovero muniti di documento di identità valido. Copia del Suo documento di identità verrà trattenuto all'Ufficio Accettazione Ricoveri.

Per il ritiro è necessario avere con sé un documento di identità valido.

Ritiro da parte di altra persona munita di delegata:

L'intestatario della documentazione clinica deve compilare la delega sotto riportata. Per il ritiro della Cartella Clinica il delegato dovrà presentarsi con la propria Carta di Identità e con una fotocopia della carta di identità dell'intestatario della cartella clinica.

Per il ritiro è necessario che il delegato abbia con sé un documento di identità valido e la fotocopia del documento di identità dell'intestatario della Cartella Clinica.

DELEGA per il RITIRO

Il/La Sottoscritto/a _____ Carta di identità N° _____ (allegare foto copia)

DELEGA il Sig./la Sig.ra _____ Carta di identità N° _____ (allegare fotocopia)

a ritirare la copia della Cartella Clinica a me intestata e da me richiesta.

I dati personali del delegato verranno trattati dall'Istituto in accordo col decreto legislativo 196/2003, Codice sulla Privacy e solo allo scopo di gestire la delega.

Data _____ Firma _____

FIRMA DI CHI RITIRA LA DOCUMENTAZIONE

Come intestatario delegato ritiro in data odierna la documentazione sanitaria richiesta.

I dati personali del delegato verranno trattati dall'Istituto in accordo col decreto legislativo 196/2003, Codice sulla Privacy e solo allo scopo di gestire la delega.

Data _____ Firma di chi ritira _____

Riservato all'Ufficio Accettazione Ricoveri

In data odierna ho consegnato la documentazione richiesta: all'Ufficio Contabilità per la spedizione

all'intestatario di cui ho verificato l'identità al delegato di cui ho verificato l'identità

Data _____ Firma dell'incaricato _____