

Da compilare all'atto della richiesta

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
COGNOME NOME

il ____/____/____ Residente a _____ Via _____
 n° ____ Tel _____

Estremi del documento di riconoscimento:

☐ Carta d'identità ☐ Passaporto n° _____

DICHIARANDO¹ di essere:

☐ Intestatario della documentazione ☐ Padre² ☐ Madre² ☐ Tutore/Curatore/Amministratore ☐ Erede
☐ Delegato³

del **PAZIENTE** _____ nato a _____ il ____/____/____

Data ____/____/____ Firma del intestario/genitore/tutore/erede _____

Data ____/____/____ Firma del **Delegato** _____ Firma del **Delegante** _____

¹consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (DPR 445/2000)

²non 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.

³**Mostrare** al personale incaricato alla consegna della documentazione sanitaria il documento di riconoscimento dichiarato ed **allegare la copia** del documento di riconoscimento del delegante.

CHIEDE

N	Documento	Prezzo*
	Copia conforme cartella clinica/fascicolo sociosanitario Hospice (entro 5 anni dalla data di dimissione)/FASAS Consultori	€ 18,00
	Copia conforme cartella clinica/fascicolo sociosanitario Hospice (oltre 5 anni dalla data di dimissione)/FASAS Consultori	€ 36,00
	Copia conforme Referto/documentazione ambulatoriale – Verbale di Pronto Soccorso – Fascicolo sociosanitario cure palliative domiciliari	€ 5,00
	Copia Conforme Radiografia/TAC o _____ su supporto digitale	€ 5,00

* secondo tariffario definito con deliberazione n. 596/2012

A	Ospedale E. Bassini	Via Gorki, 50 - Cinisello Balsamo	Tel. 02/5799.8203
B	Ospedale Città di Sesto San Giovanni	V.le Matteotti, 83 – Sesto S. Giovanni	Tel. 02/5799.9238
C	Ambulatori Territoriali	Via Ginestra, 1 Cusano Milanino	Tel. 02/5799.4322
D	Consultori Familiari	V.le Gramsci, 32 Cinisello Balsamo	Tel. 02/5799.4820

Struttura _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ nel Presidio **A) B) C) D)**
(reparto/ambulatorio/servizio)

Struttura _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ nel Presidio **A) B) C) D)**
(reparto/ambulatorio/servizio)

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano	MODULO AZIENDALE Richiesta di copia di documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria	Rev. 3	Pag. 2 di 2
		ASSTNM-MA-035	

Struttura _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ nel Presidio **A) B) C) D)**
(reparto/ambulatorio/servizio)

Da compilare SOLO in caso di spedizione

☐ che la documentazione venga recapitata per posta (con spese a carico) in busta chiusa raccomandata, sollevando l'Azienda da ogni responsabilità ad essa non imputabile, al seguente indirizzo: _____

Data richiesta ____/____/____ Firma _____

Visto, l'operatore _____

Da compilare all'atto del ritiro

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
COGNOME NOME

il ____/____/____ Residente a _____ Via _____
 n° ____ Tel _____

Estremi del documento di riconoscimento:

☐ Carta d'identità ☐ Passaporto n° _____

DICHIARANDO di essere:

☐ Intestatario della documentazione ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutore/Curatore/Amministratore ☐ Erede
☐ Delegato*

RITIRA LA DOCUMENTAZIONE

☐ allo sportello "richiesta di documentazione sanitaria" dell'Ospedale di: _____

☐ allo sportello "CUP/Sportello Polifunzionali" della Struttura Territoriale: _____

Data ____/____/____ Firma del intestatario/genitore/tutore/erede _____

Data ____/____/____ Firma del **Delegato** _____ Firma 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 e GDPR 2016/679 Regolamento Europeo.

***Consegnare** al personale incaricato alla consegna della documentazione sanitaria il documento di riconoscimento dichiarato ed **allegare la copia** del documento di riconoscimento del delegante.

Data consegna ____/____/____ Visto, l'operatore _____

Codice pagamento