



ISTITUTO CLINICO
SAN SIRO

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

da parte dell'intestatario interessato

Io Sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____

Tel. _____ Doc d'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:

Ricovero dal ____/____/____/ al ____/____/____ N° Cartella Clinica _____

Ricovero dal ____/____/____/ al ____/____/____ N° Cartella Clinica _____

Ricovero dal ____/____/____/ al ____/____/____ N° Cartella Clinica _____

Ricovero dal ____/____/____/ al ____/____/____ N° Cartella Clinica _____

Ritirerò la documentazione di persona o tramite persona da me delegata allo sportello

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

Destinatario _____ Via _____ n° _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____

TARIFFE IN VIGORE

Fotocopia Cartella Clinica **ritirata presso lo sportello**
(richiesta allo sportello e contestualmente pagata) € 30,50 (iva 22% compresa)

Fotocopia Cartella Clinica **spedita**
(richiesta allo sportello e contestualmente pagata) € 35,50 (iva 22% compresa)

Fotocopia Cartella Clinica **spedita**
(richiesta via e-mail o fax e pagata in contrassegno) € 41,60 (iva 22% compresa)

Il tempo massimo di consegna è 14 giorni a Cartella (media di 10gg)

Data _____

Firma _____

M-DS-054 rev.2 Gennaio 2015