

Ospedale Sacra Famiglia	RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO	Cod.Mod.IO34.01	Rev.8
Erba		Data:13/09/21	
Direzione Sanitaria		Pag.1	Di 2

Il/la sottoscritto/ in qualità di: **Diretto interessato**

CHIEDE

Cognome..... **Nome**
nato/a a il residente a
in via n. tel.cell.

Oppure in qualità di:

- padre** **madre** **tutore del minore** **tutore** **erede diretto**

(munito della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà D.P.R. 28.12.2000, n.445 art. 47)

Cognome..... Nome.....
nato/a a il

<input type="checkbox"/> Copia di Cartella Clinica (allegare copia del documento d'identità)	€ 30.00 (a Cartella) alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Copia esame di emodinamica (allegare copia del documento d'identità)	€ 10.00 alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Copia foglio clinico di P.S <input type="checkbox"/> Copia referto medico <input type="checkbox"/> Vetrini in bianco (allegare copia del documento d'identità)	€ 6.00 alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> Spedizione delle copie dei documenti	Indirizzo:
<input type="checkbox"/> Indirizzo mail solo per copia foglio clinico di PS e per referti medici	Mail:

Specifiche di esami

Cartella Clinica n°-.....	Reparto.....	Dal al
Cartella Clinica n°-.....	Reparto.....	Dal al
Cartella Clinica n°-.....	Reparto.....	Dal al

CD Esame di emodinamica	Codice.....	Del.....
-------------------------	-------------	----------

Foglio Clinico di P.S.	Esame n°.....	Del giorno.....
Referto Medico	Esame n°.....	Del giorno.....
Vetrini in bianco	Esame n°.....	Del giorno.....

Ad uso: assicurativo medico personale altro

Data _____

Firma del Richiedente

I dati riportati saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Ospedale Sacra Famiglia	RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO	Cod.Mod.IO34.01	Rev.8
Erba		Data:13/09/21	
Direzione Sanitaria		Pag.2	Di 2

LA RICHIESTA PUO' ESSERE INOLTRATA:

1. Via @-mail all'indirizzo: *segreteriaads.sf@fatebenefratelli.eu* tel. 031638213
2. All' ufficio ricoveri dalle 10.30 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00 dal Lunedì al Venerdì tel. 031638209
3. Via fax presso la Direzione Medica di Presidio tel. 031638229

Si precisa che la richiesta deve sempre essere accompagnata da un documento di riconoscimento del diretto interessato, in originale o in fotocopia, (Carta d'Identità, Passaporto, Patente).

Nel caso di richiesta inoltrata via fax e/o @-mail, per l'invio della documentazione sanitaria, far pervenire al medesimo numero di fax o indirizzo @- mail, la copia del bonifico bancario effettuato presso:

BCC Brianza e Laghi Società Cooperativa- Filiale di Erba.

IBAN: IT 64 G 083 2951 27 000 0000 200 522

***Intestato a: Provincia Lombardo Veneta Ordine Ospedaliero Di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli
indicando nella causale "richiesta copia documentazione sanitaria".***