

|                                                                                  |                                                                                        |                                       |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>Modulo Aziendale</b>                                                                | <b>Rev.2 del</b><br><b>23-03-2022</b> | <b>Pag.</b><br><b>1/2</b> |
|                                                                                  | <b>Richiesta copia</b><br><b>Documentazione sanitaria e/o</b><br><b>sociosanitaria</b> | <b>DMP-UAC-MA-004</b>                 |                           |

All'ASST Monza Presidio di \_\_\_\_\_

**(Specificare comune e Ospedale/Sert/Poliambulatorio/RSD/ecc...)**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cel\* \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ allegato in fotocopia

*\*Sul numero indicato verrà inviato un SMS appena la documentazione sarà disponibile per il ritiro*

### CHIEDE

- In qualità di intestatario della documentazione richiesta
- In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale
- In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)
- In qualità di erede (allegare autocertificazione)
- In qualità di legittimo richiedente

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR 445/2000

### il rilascio di copia conforme del Signor/Signora:

**Cognome e nome** \_\_\_\_\_ **Nato/a il** \_\_\_\_\_

- Cartella Clinica del ricovero presso il reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Cartella Clinica del ricovero presso il reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Cartella Clinica del ricovero presso il reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Cartella Ambulatoriale/Consultoriale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Prestazione di Pronto Soccorso effettuata in data \_\_\_\_\_
- Verbale di intervento 118 effettuato in data \_\_\_\_\_
- Referto autoptico effettuato in data \_\_\_\_\_
- Referto ambulatoriale della prestazione \_\_\_\_\_ (visita/esami lab/rx/tac/ecc...) effettuato in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Altra documentazione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### il rilascio di copia conforme su CD:

- Radiografia\* \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_
- TAC\* \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_
- Scintigrafia\* \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_
- PET\* \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_
- Mammografia \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_
- Risonanza magnetica\* \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_
- Coronarografia \_\_\_\_\_ eseguita il \_\_\_\_\_
- Cartella Clinica / ambulatoriale (v. sopra) \_\_\_\_\_
- Altro\* \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

|                                                                                  |                                                                                        |                                       |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>Modulo Aziendale</b>                                                                | <b>Rev.0 del</b><br><b>19-06-2017</b> | <b>Pag.</b><br><b>2/2</b> |
|                                                                                  | <b>Richiesta copia</b><br><b>Documentazione sanitaria e/o</b><br><b>sociosanitaria</b> | <b>DMP-UAC-MA-004</b>                 |                           |

**In caso di minore:**

Firma madre \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

La documentazione richiesta sarà disponibile c/o l'Ufficio Preposto del Presidio Ospedaliero/Territoriale interessato entro 7 giorni lavorativi dalla data di inoltro della richiesta e 30 giorni lavorativi per eventuali integrazioni non ancora presenti alla data di richiesta.

**Si richiede la spedizione al domicilio all'indirizzo:**

riportato al punto 1)

al seguente indirizzo:

Signor/a \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e se di minore del documento d'identità di entrambe i genitori.

**Delega al ritiro della documentazione:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del richiedente)

**In caso di minore:** Nome e cognome del minore \_\_\_\_\_

La sottoscritta signora \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome della madre)

Il sottoscritto signor \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del padre)

**delego al ritiro il/la sig./ra** \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del delegato)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

N.B.: Il delegato deve presentarsi munito del proprio documento d'identità e del documento d'identità del titolare della documentazione sanitaria anche in fotocopia.

Qualora la documentazione richiesta sia di un minore, il ritiro potrà essere effettuato da uno dei genitori presentando la presente delega compilata dall'altro genitore e fotocopia del documento di identità del genitore assente, o da un terzo delegato, presentando la presente delega e fotocopia dei documenti d'identità di entrambe i genitori.

Comune \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

(Firma del/dei richiedente/i)

Parte riservata all'Ufficio Preposto:

Documento d'identità del delegato: Tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_

Dichiaro di ritirare quanto richiesto.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_