

Ospedale di Erba-Srl	<b>RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO</b>	Cod.Mod.IO34.01	Rev.10
Erba		Data:08/01/24	
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"/> <b>Copia di Cartella Clinica</b> (allegare copia del documento d'identità)	<b>€ 40.00</b> (a Cartella) alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> <b>Copia esame di emodinamica</b> (allegare copia del documento d'identità)	<b>€ 15.00</b> alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> <b>Copia foglio clinico di P.S</b> <input type="checkbox"/> <b>Copia referto medico</b> <input type="checkbox"/> <b>Vetrini in bianco</b> (allegare copia del documento d'identità)	<b>€ 10.00</b> alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> <b>Spedizione delle copie dei documenti</b>	<b>Indirizzo:</b> .....
<input type="checkbox"/> <b>Indirizzo mail solo per copia foglio clinico di PS e per referti medici</b>	<b>Mail:</b> .....

**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 di Erba-Srl	<b>RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO CARTACEO</b>	Cod.Mod.IO34.01	Rev.10
Erba		Data:08/01/24	
Direzione Sanitaria		Pag.2	Di 2

*LA RICHIESTA PUO' ESSERE INOLTRATA:*

1. Via @-mail all'indirizzo: *segreteriads.sf@fatebenefratelli.eu* tel. 031638213
2. All'ufficio ricoveri dalle 09.00 alle 13.00 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:*

**CREDEM – ERBA**

**IBAN: IT09G0303251270010000920438**

**Intestato a: Ospedale di Erba S.r.l.**

*indicando nella causale "richiesta copia documentazione sanitaria".*