

Ospedale Sacra Famiglia	<b>RICHIESTA COPIA DOCUMENTI</b>	Cod.Mod.IO34.01	Rev.6
Erba		Data:17/11/20	
Direzione Sanitaria		Pag.1	Di 1

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>€ 30.00</b> (a Cartella) alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> <b>Copia esame di emodinamica</b> (allegare copia del documento d'identità)	<b>€ 10.00</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>€ 6.00</b> alla consegna della richiesta
<input type="checkbox"/> <b>Spedizione delle copie dei documenti</b>	<b>Indirizzo:</b> .....
<input type="checkbox"/> <b>Indirizzo mail</b>	<b>Mail:</b> .....

**LA RICHIESTA PUO' ESSERE INOLTRATA:**

1. Via @-mail all'indirizzo: [segreteriaads.sf@fatebenefratelli.eu](mailto: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 **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".**

Ospedale Sacra Famiglia	<b>RICHIESTA COPIA DOCUMENTI</b>	Cod.Mod.IO34.01	Rev.6
Erba		Data:17/11/20	
Direzione Sanitaria		Pag.1	Di 1

### 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 PS	Esame n° .....	Del giorno.....
Referto Medico	Esame n° .....	Del giorno.....
Vetrini in bianco	Esame n° .....	Del giorno.....

Ad uso:    personale    assicurativo    medico    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.*