Clinica San Gaudenzio Istituto ad Alta Specializzazione	**Richiesta copia documentazione sanitaria**	MO 51.02.16.02_Ed.06
	CUP 03213831 - Orario al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 19:00 Sportello accettazione – Orario al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 07:00 alle ore 19:00	

Io sottoscritto .....nato/a a ..... il ...../...../.....

Residente in..... Via/Corso/Viale..... n. .....

documento di identità..... n° telefonico .....

Se del caso, previa esibizione di adeguata documentazione dimostrativa di valore legale, si richiede quanto specificato in seguito:

❒ in qualità di erede legittimo/testamentario del Sig./Sig.ra..... deceduto/a il...../...../.....

❒ in qualità di soggetto esercente la responsabilità genitoriale/tutorato/altro.....

del Sig./Sig.ra .....

RICHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

❒ TC ❒ RM ❒ RX copia referto.....**1°foglio:€16,00; dal 2°foglio €7,00 cad.**
❒ TC ❒ RM ❒ RX copia lastra **€20,00**
❒ TC ❒ RM ❒ RX copia su CD **€10,00**
❒ Coronarografia/Emodinamica copia su CD **€20,00**
❒ Referto cartaceo (visite, esami ematochimici, referti istologici) .....(per singolo foglio) **€6,00**
❒ Altro/i documento/i (specificare) .....(per singolo foglio) **€6,00**
❒ Copia conforme fattura .....**€2,00 + €2,00 marca da bollo**

MODALITA' DI RITIRO DOCUMENTI

❒ Ritiro diretto
❒ Ritiro con delega rilasciata al Sig./Sig.ra .....
❒ Per spese invio a domicilio.....**€16,00**
❒ Via PEC/email al seguente indirizzo ..... (Servizio effettuato SOLO per Referti ambulatoriali, di Radiodiagnostica e di Laboratorio analisi **TRANNE** i seguenti esami: Test HIV, Bi-Test, Esami di Genetica, Screening Fibrosi Cistica, Esami Ormonali associati a monitoraggio ecografico, Medicina Riproduttiva, Esami di mutazione di fattori della coagulazione, Spermiogramma, Spermiocoltura, Attestazioni vaccinali e, infine, altri esami laboratoristici ritenuti dalla Direzione Sanitaria significativi in tema di Privacy).

N.B. Nel caso dell'invio a mezzo Mail/PEC si precisa che verrà spedita solo copia del referto senza firma digitale e che il ritiro della documentazione firmata in originale è obbligatorio e deve avvenire entro 30 giorni (cfr. legge n. 412/91 e s.m.i.) in quanto solo tale documentazione ha valore legale.

In caso di trasmissione via PEC/email specificare obbligatoriamente una delle due opzioni:

❒ per apertura referto inoltrato via email, richiedo che venga utilizzata la seguente password personale e non cedibile a terzi:

..... firma per accettazione .....

❒ richiedo che il referto mi venga inviato senza nessuna password di apertura; firma per accettazione .....

DICHIARO INOLTRE:

- ✓ di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, disposte dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
- ✓ di accettare che Policlinico di Monza sia sollevato da ogni responsabilità derivante dal mancato immediato aggiornamento dei miei dati personali e dagli eventuali disservizi della rete postale, telefonica ed informatica ovvero da lesioni della riservatezza/conservazione dei dati trasmessi, dovuti a cause non direttamente riconducibili e/o imputabili al Policlinico di Monza stesso;
- ✓ di essere consapevole ed accettare che Policlinico di Monza sia sollevato da ogni responsabilità circa la mancata e/o puntuale ricezione delle comunicazioni a me destinate ove i dati da me forniti per l'invio delle comunicazioni non siano propri, aggiornati e/o corretti;
- ✓ di accettare il fatto che, in caso di invio per e-mail non certificata PEC, quanto richiesto sia trasmesso, come copia scannerizzata dell'originale senza altra validazione elettronica, dal seguente indirizzo di posta elettronica:.....@.....
- ✓ di acconsentire al trattamento dei dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente per finalità di espletamento della presente pratica di consegna documento e di essere informato ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, in particolare per quanto riguarda i diritti riconosciuti dal suddetto Regolamento (Artt. Da 15 a 22).

Novara, .../...../..... Firma .....

Attesto con la mia firma in calce che, in data odierna, mi è stato consegnato di persona quanto sopra richiesto.

Novara, .../...../..... Firma .....

ATTESTAZIONE SOGGETTO DELEGATO

In qualità di soggetto delegato dal Sig./Sig.ra ..... ritiro la documentazione di cui sopra,

esibisco il seguente documento di identificazione: ..... N. .....

In allegato copia del documento del delegante (*soggetto che ha effettuato la richiesta*).

Novara, .../...../..... Firma .....

A CURA DI CHI EFFETTUA LA CONSEGNA

Consegnato referto ambulatoriale di n. pagine ..... del .....