



## MODULO (1) RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a (cognome nome) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

- intestatario della documentazione sanitaria richiesta
- altro avente diritto. **In tal caso, compilare anche il MODULO (2) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
Nota: le cartelle dei ricoveri avvenuti per interruzione volontaria di gravidanza possono essere richieste e ritirate solo dall'intestatario della cartella clinica

### CHIEDO IL RILASCIO DI

- COPIA AUTENTICA CARTELLA/E CLINICA/E
- COPIA AUTENTICA VERBALE/I PRONTO SOCCORSO
- COPIA AUTENTICA CARTELLA/E AMBULATORIALE/I (BIC/MAC)
- COPIA AUTENTICA REFERTO/I AMBULATORIALE/I

### DATI RELATIVI AL PAZIENTE PER IL QUALE SI RICHIEDE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

relativa/e alle seguenti date (per ambulatoriale, indicare solo la data della visita):

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

NON COMPILARE
n/SDO.....
n/SDO.....
n/SDO.....

Letto, confermato e sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e dichiarando altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui D. L. vo n. 196 del 30/ 06/ 2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta.

Data \_\_\_\_\_

(N. documento identità del richiedente)

(Firma del richiedente per esteso)

- Si richiede la **SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO** alla tariffa postale vigente all'indirizzo sopra indicato oppure a:

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Firma del richiedente per esteso, \_\_\_\_\_

Autorizzo l'invio tramite SMS e E-MAIL e altri sistemi di contatto tramite numero di cellulare, di news di servizio e aggiornamento sulle attività della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico  Sì  No

(Firma del richiedente per esteso)

NON COMPILARE LA PARTE SOTTOSTANTE CHE VERRA' COMPLETATA AL MOMENTO DEL RITIRO

Il richiedente/delegato: N. doc. identità ..... Firma per esteso .....

SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO

SEZIONE RISERVATA ALLO SPORTELLO

Eseguite n° ..... fotocopie  
L'addetto dell'Ufficio Cartelle Cliniche

Ritirata allo sportello in data [ ]/[ ]/[ ]  
L'addetto allo Sportello



## MODULO (2) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE) Art. 46 DPR 445 del 28/12/2000

Il/la sottoscritto/a (cognome nome) \_\_\_\_\_

n. doc. identità \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti di cui all'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

### DICHIARA DI ESSERE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> genitore esercente la potestà genitoriale                                       | <input type="checkbox"/> tutore          |
| <input type="checkbox"/> nello stato di necessità e di urgenza sanitaria (art. 20, L. 31/12/1996, n.675) | <input type="checkbox"/> legittimo erede |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____   |  |

### COME DA ALLEGATA DOCUMENTAZIONE

Il/la sottoscritta dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui D. L. vo n. 196 del 30/ 06/ 2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta.

Data \_\_\_\_\_ (N. documento identità del richiedente) \_\_\_\_\_ (Firma del richiedente per esteso)

La richiesta di documentazione clinica di un minore presentata da un genitore, viene presa in carico solo in presenza della firma del secondo genitore (qualora il secondo genitore sia deceduto, si richiede un'autocertificazione da parte del richiedente).

Firma del secondo genitore, \_\_\_\_\_ Allegare fotocopia/scansione di un documento di identità

## INFORMAZIONI UTILI

### CHI PUO' RICHIEDERE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La cartella clinica e altra documentazione sanitaria possono essere richieste esclusivamente da:

- **intestatario** con proprio documento di identità
- per il **paziente minorenne o incapace**, dagli esercenti la patria potestà o tutori (oppure loro delegati) muniti di adeguata documentazione legale ed eventuale delega\*
- per il **paziente deceduto**, dagli eredi legittimi (o loro delegati) muniti di adeguata documentazione legale ed eventuale delega\*

\* Presentare anche il MODULO (2) compilato. Le cartelle dei ricoveri avvenuti per **interruzione volontaria di gravidanza** possono essere richieste e ritirate solo dall'intestataria della cartella clinica.

## COME RICHIEDERE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La cartella clinica e altra documentazione sanitaria (copia cartella ambulatoriale, verbale di pronto soccorso) possono essere richieste:

- **di persona presso lo sportello cartelle cliniche** sito in Via Francesco Sforza 35  
orari: Lun. - Ven: 8.00 - 15.00, numero di telefono 02 5503.2455
- **via fax** al numero 02 8718.1375
- **via posta elettronica** all'indirizzo email [cartellecliniche@policlinico.mi.it](mailto:cartellecliniche@policlinico.mi.it)
- **via posta elettronica certificata** all'indirizzo email [cartellecliniche@pec.policlinico.mi.it](mailto:cartellecliniche@pec.policlinico.mi.it)
- **via web** [www.policlinico.mi.it](http://www.policlinico.mi.it)

**IMPORTANTE:** Una fotocopia/scansione del documento di identità del richiedente e la documentazione legale a supporto dell'eventuale MODULO (2) dichiarazione sostitutiva di certificazione devono essere allegati sia in caso di richiesta allo sportello, sia contestualmente all'invio tramite fax/email/pagina web.