

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

La richiesta deve essere corredata da copia di un documento d'identità dell'avente diritto e va consegnata allo sportello Accettazione Ricoveri. Può essere anche inviata via fax, al numero 02 52774336, o posta elettronica all'indirizzo [adt.psd@grupposandonato.it](mailto:adt.psd@grupposandonato.it) ma solo per spedizioni in contrassegno.

Io sottoscritto/a .....

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

Residente a .....

Numero di telefono (per comunicazioni) ..... Documento d'identità .....

In qualità di: .....

Intestatario

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

- Genitore       Tutore       Curatore       Amministratore di sostegno  
Allego documento attestante i poteri attribuiti all'amministratore sulla salute e cura del paziente

Del/la (nome e cognome della persona affidata) .....

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

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

- Erede testamentario  
 Erede legittimo (grado di parentela) .....  
 Persona avente interesse proprio ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 92 comma 2  
Allego motivazione documentata

Del/la (nome e cognome della persona affidata) .....

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

### CHIEDO:

Copia conforme delle seguenti cartelle cliniche:

Ricovero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso il reparto di .....

Ricovero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso il reparto di .....

Ricovero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso il reparto di .....

Modalità di consegna:

- Ritiro allo sportello (al costo di 26€)  
 Spedizione per contrassegno (al costo di 36€), senza che ciò comporti alcuna responsabilità del Policlinico San Donato in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Città ..... PROV. ....CAP .....

via .....n. ....

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma .....

Riservato allo Sportello Accettazione Ricoveri

NUMERI CARTELLI CLINICHE RICHIESTE .....