**Policlinico di Monza**
Istituto ad Alta Specializzazione

# RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Ufficio Cartelle Cliniche
Tel. 039/2810306 / e-mail: cartellecliniche@policlinicodimonza.it
Orario al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 17:00



Sistema Sanitario Regione Lombardia

Il sottoscritto ..... nato/a a ..... il...../...../.....

Telefono ..... e-mail .....

**Solo in caso di rappresentanza/tutoraggio:**
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ex art. 76 del D.P.R. 445/2000, *se del caso, previa esibizione di adeguata documentazione dimostrativa di valore legale:*

- ❑ in qualità di erede legittimo/testamentario del Sig./Sig.ra .....
  deceduto/a il...../...../.....
- ❑ in qualità di soggetto esercente la responsabilità genitoriale/tutorato/altro (specificare) .....
  del minore-Sig./Sig.ra .....

**CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

**Ricovero Ordinario:** Reparto di ..... data ingresso .....
Reparto di ..... data ingresso .....

- ❑ Cartella Clinica di **durata massima 10 notti** ..... € 40,00
- ❑ Cartella Clinica di **durata massima 2 mesi** ..... € 60,00
- ❑ Cartella Clinica di **durata massima 4 mesi** ..... € 80,00
- ❑ Cartella Clinica di **durata massima 6 mesi** ..... € 100,00
- ❑ Cartella Clinica di **durata superiore a 6 mesi** ..... € 150,00

**Ricovero Ambulatoriale (mac, bic, oncologia, radioterapia, odontoiatria)** data ingresso .....

- ❑ Cartella Clinica Ambulatoriale ..... € 10,00

**Altra documentazione sanitaria**

- ❑ TAC ❑ RMN ❑ RX: copia immagini su lastra ..... € 20,00
- ❑ TAC ❑ RMN ❑ RX: copia immagini su CD ..... € 10,00
- ❑ Coronarografia/Emodinamica su CD ..... € 20,00
- ❑ Referto cartaceo: es. ematochimici, es.istologici, consulenze, altro documento ..... € 6,00
- ❑ Verbale di Pronto Soccorso, data di accesso ..... ..... € 10,00
- ❑ Documenti a corredo del verbale di Pronto Soccorso fino a 5 fogli ..... € 2,00
- ❑ Documenti a corredo del verbale di Pronto Soccorso fino da 5 a 10 fogli ..... € 4,00
- ❑ Documenti a corredo del verbale di Pronto Soccorso oltre i 10 fogli ..... € 6,00
- ❑ Documenti a corredo del verbale di Pronto Soccorso CD ..... € 10,00
- ❑ Fattura di importo inferiore a € 77,47 (priva di marca da bollo): copia conforme ..... € 2,00
- ❑ Fattura di importo superiore a € 77,47 (con marca da bollo): copia conforme ..... € 4,00

**Costo spedizione**

- ❑ Invio a domicilio cartella clinica ..... € 10,00
- ❑ Invio a domicilio altra documentazione ..... € 16,00

**Modalità di consegna:**

- ❑ Ritiro diretto Monza (**Sportello Uff. Informazioni**: lu-ve 8.30-13.30/14.30-15.30; **Sportello Uff. Ritiro Referti**: sab 08.00-12.00)
- ❑ Ritiro diretto Verano B.za (**CUP** lu-ve 08.30 -18.00, sab 08.00 -12.00)
- ❑ Ritiro con delega rilasciata al Sig./ alla Sig.ra .....

***La comunicazione al richiedente di "documentazione pronta" avviene tramite e-mail (telefonicamente in assenza di posta elettronica)***

- ❑ Spedizione al seguente indirizzo: .....
- ❑ Via e-mail (SOLO REFERTI, NO CARTELLA CLINICA), all'indirizzo sopra indicato

*Si precisa che la trasmissione via e-mail/PEC sarà effettuata **SOLO** per Referti ambulatoriali, di Radiodiagnostica e di Laboratorio Analisi, **TRANNE,** come previsto dalle leggi vigenti, 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.*

*Informiamo che i dati contenuti nella presente richiesta saranno trattati da Policlinico di Monza S.p.a. in qualità di Titolare, esclusivamente per finalità di espletamento della presente pratica amministrativa di consegna documentazione. Si ricorda che l'informativa completa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è sempre consultabile sul sito istituzionale della Clinica – sezione "privacy policy". La firma in calce attesta anche di aver compreso e recepito queste informazioni.*

Luogo e Data: ....., ...../...../..... Firma: .....

---

**ATTESTAZIONE DI RITIRO DOCUMENTI (da compilare al momento del ritiro)**

- ❑ Soggetto richiedente, documento di identificazione ..... N. .....
- ❑ Soggetto delegato ..... documento di identificazione: ..... N. .....

Luogo e data ....., ..... Firma Avvenuto Ritiro .....

Policlinico di Monza Casa di Cura Privata S.p.A.
20900 Monza via Amati, 111
tel +39 039 2810344/345 - fax +39 039 2810440

Istituto Clinico Universitario di Verano Brianza
20843 Verano Brianza Via Petrarca, 51
direzione.sanitaria@policlinicodimonza.it

Direttore Sanitario:
Dott. Alfredo Lamastra
Spec. in Igiene e Org. Servizi ospedalieri

Policlinico di Monza
Gruppo Sanitario