

 ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO DAL 1958	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		MD01.PRP.DS.001	
	MODULO			Rev.3 09/01/2025

COPIA PER DIREZIONE SANITARIA e Richiedente

DATI DEL RICHIEDENTE:

 NOME E COGNOME

_____ _____ _____
 DATA NASCITA LUOGO DI NASCITA TELEFONO

 INDIRIZZO (VIA- CAP- CITTA')

 E-MAIL

 NOME E COGNOME PAZIENTE

_____ _____
 DATA DIMISSIONE/PRESTAZIONE REPARTO

Chiede rilascio copia di:

- cartella clinica - costo per il paziente € 35,00 (euro trentacinque)
- documentazione ambulatoriale - costo per il paziente € 30,00 (euro trenta)
- documentazione radiografica - costo per il paziente € 5,00 (euro cinque)

In proprio o in qualità di:

- Genitore esercente la responsabilità genitoriale
- Erede dell'intestatario
- Tutore / Curatore / Amministratore di Sostegno dell'Intestatario
- Altro _____

 DATA DELLA RICHIESTA

 FIRMA DEL RICHIEDENTE

- Si richiede spedizione a mezzo raccomandata A/R – costo per il paziente €10,00 (euro dieci)

IMPORTANTE: allegare fotocopia fronte-retro di un documento di riconoscimento dell'intestatario, nonché necessarie dichiarazioni sostitutive di certificazione e provvedimenti del Giudice Tutelare per i soggetti richiedenti diversi dallo intestatario. La documentazione sanitaria verrà spedita entro 7 giorni lavorativi dalla data di ricezione della richiesta. Per informazioni contattare la Direzione Sanitaria: tel. 02.54176214, dirsanitaria@isimilano.eu

DIREZIONE SANITARIA	_____ NOMINATIVO PAZIENTE	_____ DATA RICEZIONE RICHIESTA	_____ OPERATORE	_____ DATA EVASIONE RICHIESTA
	_____ FIRMA PER AUTORIZZAZIONE DS	_____ DATA FIRMA DS	_____ NUM. RACCOMANDATA	_____ DATA RICEZIONE RICEVUTA A/R

RICEVUTA DI PAGAMENTO VERIFICA EFFETTUAZIONE PAGAMENTO

 FIRMA DEL RICHIEDENTE ALLA CONSEGNA
(o dell'Ufficio Acquisti in caso di invio raccomandata a/r)

 DATA DELLA CONSEGNA