

 ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO <small>DAL 1958</small>	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		MD01.PRP.DS.001	
	MODULO			Rev.4 04/05/2026

COPIA PER DIREZIONE SANITARIA e Richiedente

DATI DEL RICHIEDENTE:

<input type="text"/> NOME E COGNOME									
<input type="text"/> DATA NASCITA			<input type="text"/> LUOGO DI NASCITA				<input type="text"/> TELEFONO		
<input type="text"/> INDIRIZZO (VIA- CAP- CITTA')									
<input type="text"/> E-MAIL									

<input type="text"/> NOME E COGNOME PAZIENTE									
<input type="text"/> DATA DIMISSIONE/PRESTAZIONE					<input type="text"/> 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 dall'intestatario. Per informazioni contattare la Direzione Sanitaria: tel. 02.54176214, dirsanitaria@isimilano.eu

DIREZIONE SANITARIA	<input type="text"/> NOMINATIVO PAZIENTE		<input type="text"/> DATA RICEZIONE RICHIESTA		<input type="text"/> OPERATORE		<input type="text"/> DATA EVASIONE RICHIESTA	
	<input type="text"/> FIRMA PER AUTORIZZAZIONE DS		<input type="text"/> DATA FIRMA DS		<input type="text"/> NUM. RACCOMANDATA		<input type="text"/> 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