

 ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO DAL 1938	RICHIEDITA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	Allegato 1
		Rev. n° 04 del 01 / 08 / 2022
		Fronte

COPIA PER DIREZIONE SANITARIA e Richiedente

SEZIONE A CURA DEL RICHIEDENTE

DATI DEL RICHIEDENTE:

NOME E COGNOME

DATA NASCITA

LUOGO DI NASCITA

TELEFONO

INDIRIZZO (VIA- CAP- CITTA')

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 €15,00 (euro quindici)
- 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

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
<input type="checkbox"/> RICEVUTA DI PAGAMENTO		<input type="checkbox"/> VERIFICA EFFETTUAZIONE PAGAMENTO		

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

DATA DELLA CONSEGNA