

| | | |
|---|--|---|
|  FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI | MODULO CONFERIMENTO DI DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA / DOCUMENTAZIONE CLINICA | MOD PRO G 15 03 Direzione Medica |
|---|--|---|

Milano li, ___/___/_____

il Sig. _____ in qualità di:

- Paziente titolare della documentazione
 Persona avente diritto (si allega copia della documentazione attestante il diritto)

DELEGA

Il Signore / La Signora _____

Documento d'identità (del Delegato) tipo: _____ n° _____

- alla richiesta di:
- copia di Cartella Clinica
 - aggiornamento di Cartella Clinica
- al ritiro di:
- copia di Cartella Clinica
 - aggiornamento di Cartella Clinica
 - Referti di esami di laboratorio
 - Referti di esami di radiologia
 - Altri esami diagnostici

relativa al Paziente, Sig./Sig.ra:

| Cognome e Nome | N° Cartella Clinica | Data di nascita |
|----------------|---------------------|-----------------|
| | | |

Firma del Delegante _____

- NB:**
- 1) allegare copia del documento d'identità del Delegante
 - 2) Il modulo di delega non può essere utilizzato per il ritiro del/dei referto/i relativo/i al Virus HIV. Tale documentazione dovrà essere ritirata esclusivamente dal diretto interessato, esibendo un documento di identità.

Il presente documento è predisposto in ottemperanza al D. Lgs. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, con particolare riferimento all'Art. 26, relativo al trattamento dei dati "sensibili".

Sezione riservata all'Ufficio

Responsabile della pratica il/la Sig./Sig.ra _____ n. Pratica _____

| UFFICIO CARTELLE CLINICHE (BLOCCO 1 PIANO-2) | CONSEGNA REFERTI (AMBULATORIO CENTRALE) |
|--|--|
| DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ (GIORNI FERIALI): - MATTINO: DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 12.00 - POMERIGGIO: DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 15.00 - SI RICEVONO CONTATTI TELEFONICI AL NUMERO 02 2390 2268, DALLE ORE 15 ALLE ORE 16 - IL FAX AL NUMERO 02 2390 3277 È ATTIVO 24 ORE SU 24 - E-MAIL: ufficio.fotocopie@istitutotumori.mi.it | DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ (GIORNI FERIALI): - ORARIO CONTINUATO DALLE 8.00 ALLE 16.00 - PER INFORMAZIONI CONTATTARE IL NUMERO 02 2390 2057, DALLE ORE 14,00 ALLE ORE 15,00 - E-MAIL: referti@istitutotumori.mi.it |