



UFFICIO RILASCIO COPIA CARTELLE CLINICHE: E-MAIL: ufficio.fotocopie@istitutotumori.mi.it

SI RICEVONO CONTATTI TELEFONICI AL N° 02 2390 2923 DALLE 10 ALLE 11.00 E DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 15.00

Io sottoscritto/a _____ Nato/a il _____
Residente in Via _____ n. _____ Cap _____
Comune _____ Prov. _____
Tel. _____ Indirizzo di posta elettronica (e-mail) _____

RICHIEDO

Copia della cartella clinica:

- ☐ di me stesso
☐ del paziente (qualora sia il tutore) nato/a il _____

Relativa a:

- ☐ periodo: dal _____ al _____
☐ ricovero dal _____ al _____
☐ tutto il fascicolo (dal primo accesso in Istituto a tutt'oggi)

La copia sarà:

- ☐ Ritirata in sede negli orari di sportello previsti (10.00 – 11.00 / 14.00 – 15.00)
☐ Inviata all'indirizzo di posta elettronica (email da decrittare) _____
☐ Inviata tramite piattaforma di condivisione on line
☐ Spedita a mezzo raccomandata al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ Cap _____
Comune _____ Prov. _____
Tel. _____ Indirizzo di posta elettronica (e-mail) _____

Il presente documento è predisposto in ottemperanza alla normativa vigente in merito al trattamento dei dati: [Regolamento Ue 2016/679, GDPR \(General Data Protection Regulation\)](#), D Lgs 196 30/06/03.

Nota: saranno inviate via posta elettronica fattura ed avviso di pagamento (se previsto) per effettuare il versamento tramite PagoPA per poi procedere alla consegna della documentazione richiesta

Allego i seguenti documenti:

- ☐ copia fronte/retro della carta di identità del Richiedente
☐ Documentazione attestante lo stato di Tutore del Paziente in oggetto
☐ Delega (MOD PRO G 15 03)

Firma leggibile del Richiedente

Il presente documento deve essere compilato, firmato, scansionato ed inviato al seguente indirizzo:
ufficio.fotocopie@istitutotumori.mi.it, unitamente agli altri documenti richiesti in allegato.