



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

SI RICEVONO CONTATTI TELEFONICI AL N° 02 2390 2923 DALLE 10.00 ALLE 11.00 E DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 15.00

I sottoscritti eredi legittimi:

Madre _____ nata il ____ / ____ / _____ Tel _____

Indirizzo di posta elettronica (e-mail) _____

Padre _____ nato il ____ / ____ / _____ Tel _____

Indirizzo di posta elettronica (e-mail) _____

RICHIEDONO

Copia della cartella clinica del paziente _____

nato/a il _____ residente in Via _____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____

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 decriptare) _____

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

Alleghiamo i seguenti documenti:

copia fronte/retro della carta di identità di entrambi i genitori

Firma leggibile della madre

Firma leggibile del padre

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.