



RITIRO CARTELLA CLINICA REFERTO DI PRONTO SOCCORSO

dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 15.30 presso lo Sportello Ritiro Referti
non prima di 30 giorni dalla data della richiesta; recapiti telefonici per informazioni:
02.63.63.2753 (Fatebenefratelli e Oftalmico); 02.63.63.3288 (Macedonio Melloni)

IMPORTANTE

In caso di incapacità di intendere e di volere, di interdizione o di minore età da parte dell'intestatario, hanno diritto al ritiro di copia cartella/referto rispettivamente il tutore o l'esercente della patria potestà, previa certificazione del relativo status.

In caso di decesso dell'intestatario hanno diritto al ritiro gli eredi legittimi che ne diano documentata dimostrazione tramite la presentazione di ATTO NOTORIO E CERTIFICATO DI MORTE

Il Sig. _____

domiciliato a _____ Via _____

provvede al ritiro della documentazione clinica esibendo il presente modulo, la ricevuta di pagamento e un documento di identità valido.

Data ___/___/___

Firma _____

DELEGA PER IL RITIRO

(Compilare in caso di impossibilità al ritiro da parte del diretto interessato)

Il sottoscritto (nome e cognome del delegante) _____

documento di identità valido n° _____ rilasciato il _____

dal _____

(Attenzione: il delegante consegna al delegato il documento in originale o in copia. In assenza non potrà essere rilasciata alcuna documentazione)

DELEGA AL RITIRO

il/la Sig/Sig.ra (nome e cognome del delegato) _____

▲ genitore

▲ rappresentante legale

▲ altro specificare

documento di identità valido n° _____ rilasciato il _____

dal _____



Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico
Ospedale Macedonio Melloni

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Data ___/___/___

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____