



## RITIRO CARTELLA CLINICA REFERTO DI PRONTO SOCCORSO

dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.30 e dalle ore 13.00 alle ore 16.00 presso gli Sportelli Ritiro Referti  
del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli e Oftalmico e del Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni

Il ritiro *non* può avvenire prima di 30 giorni dalla data della richiesta.

Per informazioni:

P. O. Fatebenefratelli e Oftalmico, P.zza Principessa Clotilde n. 3 -20121 Milano, Tel 02.63.63.2753

P. O. Macedonio Melloni, via Macedonio Melloni n. 52 -20129 Milano, Tel 02.63.63.3288

### 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 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_