


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	MODULO DI AZIENDA SC AREA ACCOGLIENZA – CUP AZIENDALI	IDR_SA_05 Rev. 00 del 21.02.2023 Pag. 1
	RICHIESTA COPIA REFERTO	

Il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome)

nata/o a _____ (Prov. _____)

il ____/____/____ Codice Fiscale _____

residente in via/piazza _____ n. _____

cap. _____ recapito telefonico n. _____

genitore/tutore del minore/erede (cognome nome)

nata/o a _____ (Prov. _____)

il ____/____/____ Codice Fiscale _____

CHIEDE:

N.	Documento	Prezzo
	Copia del referto/documentazione ambulatoriale	5,00 €
	Copia su supporto digitale di esame radiologico/EEG	5,00 €


prestazione _____

del giorno ____/____/____ eseguita presso _____

Data ____/____/____

Firma.....

Il rilascio di copie conformi della documentazione sanitaria deve essere subordinata al pagamento dei costi di riproduzione e di ricerca. La ricevuta del pagamento dell'importo dovuto deve essere allegata alla presente richiesta.

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco</p>	<p>MODULO DI AZIENDA SC AREA ACCOGLIENZA – CUP AZIENDALI</p>	<p>IDR_SA_05 Rev. 00 del 21.02.2023 Pag. 2</p>
	<p>RICHIESTA COPIA REFERTO</p>	

MODALITA' DI RICHIESTA

Inviare la richiesta di copia di documentazione sanitaria ai seguenti indirizzi mail:

Presidio Sacco: referti@asst-fbf-sacco.it

Presidio Buzzi: ritiroreferti.buzzi@asst-fbf-sacco.it

Presidio Fatebenefratelli: ritiroreferti.fbf@asst-fbf-sacco.it

Presidio Melloni: ritiroreferti.melloni@asst-fbf-sacco.it

Poliambulatori territoriali: dmp.territorio@asst-fbf-sacco.it

Nella mail il richiedente dovrà allegare


- modulo di RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- documento d'identità (fronte-retro) in corso di validità

RITIRO

L'utente verrà contattato dalla Segreteria della Direzione Medica di Presidio o dall'operatore dell'Ufficio Ritiro Referti non appena la documentazione sarà disponibile per la consegna.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento può essere effettuato presso un qualsiasi **sportello CUP** dell'ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO ed esibito alla consegna della copia richiesta.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	MODULO DI AZIENDA SC AREA ACCOGLIENZA - CUP AZIENDALI	IDR_SA_05 Rev. 00 del 21.02.2023 Pag. 3
	RICHIESTA COPIA REFERTO	

Autocertificazione da compilare in caso di decesso dell'interessato
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/200)

Il/la sottoscritto *(cognome e nome)*

nata/o a _____ (Prov. _____)

il ____/____/____ Codice Fiscale _____

Dichiara

che il/la Sig./Sig.ra

_____ del quale

si inoltra richiesta della documentazione sanitaria, è deceduto/a in data ____/____/

di inoltrare la presente richiesta in qualità di _____

(specificare il grado di parentela con l'interessato)

di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendace ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000.

Data ____/____/_____

Firma.....

