



**MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Alla Direzione Sanitaria dell'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda  
Ufficio Cartelle Cliniche  
Tel. 02.6444.2212 – Fax 02.6444.3128

Milano, |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Il sottoscritto/a Cognome e nome.....

Nato /a a..... il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Residente a ..... CAP |\_|\_|\_|\_| (Prov. |\_|\_|)

Via /Piazza..... n. |\_|\_|\_|\_|

Documento di identità n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| che allego in fotocopia (fronte – retro)consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

**CHIEDO**

- in qualità d'intestatario della documentazione sanitaria richiesta
- in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale
- in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)
- in qualità di erede

IL RILASCIO DI COPIA PER USO MEDICO LEGALE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI :  
IL RILASCIO DI COPIA PER USO MEDICO CLINICO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI :

Cognome e nome..... nato /a il |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

cartella clinica del/i ricovero/i dal |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
dal |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
dal |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

tutte le cartelle cliniche relative ai ricoveri dal |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
 copia radiografia/e eseguite nel corso del ricovero dal |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
 tutte  
 solo quelle di seguito specificate.....

- copia documentazione ambulatoriale: Ambulatorio di.....
- n. |\_|\_|\_|\_| certificato/i di ricovero *con diagnosi* del ricovero dal |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- n. |\_|\_|\_|\_| certificato/i di ricovero *senza diagnosi* del ricovero dal |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- copia verbale di Pronto Soccorso del |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- copia radiografie eseguite in Pronto Soccorso il |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- copia certificato infortunio INAIL del |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- copia referto autoptico del |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

SI RICHIEDE LA SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO alla tariffa postale vigente all'indirizzo di cui sopra o a quello qui di seguito specificato:.....

Note :per conferma dell'avvenuta ricezione del fax telefonare al n. 02.6444.2212 (in caso di fax illeggibile la richiesta non potrà essere evasa)

Firma del richiedente

✂-----



**MODULO DA UTILIZZARE PER LA DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE**

li sottoscritto /a..... delego il/la Sig. /ra .....  
(Firma del richiedente) (Cognome e nome del delegato)

a ritirare la documentazione sanitaria richiesta.

-----  
(Firma del delegato)