

## Modulo

## CONFERIMENTO DI DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA / DOCUMENTAZIONE CLINICA

MOD PRO G 15 03 Direzione Medica

Milano II,//	<u></u>		
il Sig.			in qualità di:
	ella documentazione itto (si allega copia della documentazio DELEG	•	
Il Signore / La Signora			
Documento d'identità		n°	
alla richiesta di:	☐ copia di Cartella Clinica ☐ aggiornamento di Cartella Clinica		
al ritiro di:	copia di Cartella Clinica aggiornamento di Cartella Clinica Referti di esami di laboratorio Referti di esami di radiologia Copia delle immagini su CD Altri esami diagnostici		
relativa al Paziente, Sig./Sig.ra:			
Cognome e Nome		N° Cartella Clinica	Data di nascita
Firma del Delegante			
NB: 1) allegare copia del documento d'identità del Delegante 2) Il modulo di delega non può essere utilizzato per il ritiro del/dei referto/i relativo/i al Virus HIV. Tale documentazione dovrà essere ritirata esclusivamente dal diretto interessato, esibendo un documento di identità.			
Il presente documento è predisposto in ottemperanza al D. Lgs. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, con particolare riferimento all'Art. 26, relativo al trattamento dei dati "sensibili".			
		Sez	ione riservata all'Ufficio
Responsabile della pratica il/la Sig./Sig.ra		n. Pratica	
UFFICIO CARTELLE CLINICHE (BLOCCO 1 PIANO-2)		UFFICIO RITIRO REFERTI (ATRIO INGRESSO)	
DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ (GIORNI FERIALI):  - MATTINO: DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 12.00  - POMERIGGIO: DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 15.00  - SI RICEVONO CONTATTI TELEFONICI AL NUMERO 02 2390 2268, DALLE ORE 15 ALLE ORE 16  - IL FAX AL NUMERO 02 2390 3277 È ATTIVO 24 ORE SU 24  - E-MAIL: ufficio.fotocopie@istitutotumori.mi.it		DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ (GIORNI FERIALI): - ORARIO CONTINUATO DALLE 8.30 ALLE 17	30