

Gentile utente,

La informiamo che è possibile richiedere la fotocopia della documentazione sanitaria (*cartella clinica relativa al ricovero, cartella BCA/MAC, cartella radioterapica, cartella riabilitativa, UCPDOM*) tramite la compilazione, in tutte le sue parti, del presente modulo e consegnandolo a mano, via fax oppure via e-mail agli uffici delle strutture del Gruppo MultiMedica preposti:

**Sesto San Giovanni** - Ufficio Accettazione Degenze: dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 14.45  
accettazione.degenze@multimedica.it – fax 02/24.20.94.89

**San Giuseppe – Milano** - Ufficio Accettazione Degenze: dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 14.00  
accettazionedegenze.osg@multimedica.it

**Villa Bianca** - Ufficio Accettazione Degenze: dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 16.00  
riabilitazione.vb@multimedica.it – fax 02/99.65.610

**San Barnaba** - Ufficio Accettazione Ambulatoriale: dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 16.00  
poliambulatorio.sanbarnaba@multimedica.it – fax 02/24.20.99.49

Le richieste di copia di **CARTELLE CLINICHE DI RICOVERO e BCA/MAC** verranno recapitate direttamente al Suo domicilio al costo di €30,25 + €10,25 per le spese di spedizione, per un totale di €40,50 (IVA inclusa), **da pagare con contrassegno, in contanti, al corriere.**

In caso di ritardo nella consegna, La informiamo che può richiedere notizie sulla Sua pratica direttamente all'Ufficio Archivio Cartelle Cliniche ai seguenti numeri:

**Sesto San Giovanni:** tel. 02/24.20.95.82 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 16.00

**San Giuseppe – Milano:** tel. 02/85.99.48.71 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.00

**Villa Bianca:** tel. 02/24.20.97.35 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 16.00

**San Barnaba:** tel. 02/24.20.99.01 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 16.00

Nel caso necessiti di informazioni non in possesso dell'Ufficio Archivio Cartelle, potrà rivolgersi all'azienda incaricata di eseguire la copia della Sua cartella (Normadec Digital S.r.l.) al numero di telefono 02/89.36.20.01.

Le copie di **CARTELLE RADIOTERAPICHE RIABILITATIVE e UCPDOM** potranno essere ritirate personalmente al costo di €20,00 (IVA inclusa) (*ad esclusione della struttura di San Giuseppe*).

Qualora si richieda di recapitare la documentazione al Suo domicilio, il costo della spedizione è di €11,00, per un totale di €31,00 (IVA inclusa), **da pagare con contrassegno, in contanti, al corriere.**

La informiamo inoltre che esclusivamente per le **CARTELLE RADIOTERAPICHE, RIABILITATIVE e UCPDOM** potrà **eseguire il pagamento personalmente**, all'atto della consegna del modulo, presso l'Ufficio cui richiede la copia della cartella **oppure tramite bonifico** sul conto corrente IBAN IT96P 02008 05364 000500083125 intestato a Multimeditica S.p.a.,

riportando nella causale del bonifico: COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA INTESTATA A (NOME, COGNOME, CODICE FISCALE).

Copia della ricevuta di bonifico eseguito deve essere inviata al numero di fax o all'indirizzo e-mail indicati sopra, unitamente al modulo compilato e a copia del documento d'identità qualora voglia presentare richiesta via e-mail o via fax.

Con viva cordialità

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CHE RICEVE LA RICHIESTA**

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Data e numero registrazione richiesta \_\_\_\_\_

Bar code cartella  
clinica

**DATI RICHIEDENTE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:  intestataro della cartella     delegato  
 erede legittimo                       genitore/tutore

**RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA**

**DEGENZA**     **BCA**     **MAC**     **UCPDOM**     **RADIOTERAPICA**     **RIABILITATIVA**

**del/la Sig./ra (cognome e nome)** \_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**codice fiscale** \_\_\_\_\_

**ricoverato/a dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_ **oppure prestazione effettuata il** \_\_\_\_\_

**presso la struttura di** \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI RITIRO / CONSEGNA DELLA CARTELLA**

**RITIRO** presso l'Ufficio e negli orari indicati in prima pagina (ad esclusione della struttura di San Giuseppe)

Presso la struttura di \_\_\_\_\_

**SPEDIZIONE** a mezzo di corriere

*(opzione da selezionare OBBLIGATORIAMENTE per le richieste di copia di cartelle di ricovero e BCA/MAC. Opzione facoltativa per richieste di copia di cartelle radioterapiche, riabilitative e per le richieste effettuate a San Barnaba).*

**Indirizzo di spedizione (se diverso da quello indicato)**

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*allegare copia del documento di identità*

**DELEGA ALLA RICHIESTA / RITIRO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

tipo documento e n° \_\_\_\_\_

In qualità di:  intestatario della cartella     genitore/tutore     erede legittimo

**DELEGO**

Il/ La Sig./ra \_\_\_\_\_

tipo documento e n° \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

a  RICHIEDERE     RITIRARE

la fotocopia della mia cartella clinica, come indicato nella richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del delegante

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NB: Per il ritiro della copia dei documenti sanitari tramite delega è richiesta la fotocopia di un documento d'identità valido, sia del delegante sia del delegato.**

*Le informazioni privacy aggiornate ai sensi della normativa vigente sono disponibili nelle sale di attesa antistanti agli sportelli CUP sulle apposite cartellonistiche.*