

Gentile Utente,

sono riportate di seguito alcune brevi informazioni per aiutarLa nella richiesta della Documentazione Sanitaria.

RICHIESTA

Per effettuare la richiesta di copia del CD è necessario:

- 1) compilare il modulo sul retro*
- 2) allegare al modulo la copia del documento d'identità del genitore o del tutore legale firmatario della richiesta*
- 3) allegare al modulo la copia dell'attestazione dell'avvenuto pagamento*

Si precisa che il modulo di richiesta può essere:

- consegnato all'Ufficio Economato il Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 12:00 oppure inviato tramite:*
- posta tradizionale : (Viale del Tirreno n.331, 56128 Calambrone, PI)*
- e-mail, scrivendo all'indirizzo: (richiestacartelle@fsm.unipi.it)*

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Bancomat o Carta di Credito direttamente presso Ufficio Economato*
- Conto Corrente Postale n. 12001566 intestato a "Fondazione Stella Maris"*
- Bonifico Bancario intestato a "Fondazione Stella Maris", Credit Agricole Cariparma, IBAN: IT 48 M 06230 14002 00004 32102 27*

Ricordarsi sempre di inserire la causale:"Richiesta copia CD"

COSTI DELLA SINGOLA COPIA DI CD

Si ricorda che le tariffe vengono applicate in relazione alla singola richiesta, pertanto per ogni singolo ricovero e per ogni singola copia l'importo dovuto è:

- 5,00 € per copia CD RMN*
- 5,00 € per copia CD EEG*
- 35,00 € per copia CD MIN*

In caso di spedizione si deve aggiungere la somma di €7

RITIRO DELLA COPIA DI CD

Il ritiro può avvenire direttamente in sede dopo aver preso diretto contatto con l'operatore del Servizio Archivio Centralizzato, da parte del genitore o tutore legale, presentando un documento di identità.

In caso di persona diversa dal richiedente occorre presentare anche la delega ed il documento di identità del delegante.

**Per contatto con il personale addetto al SArC telefonare:
dal LUNEDI' al VENERDI' dalle h.9.00 alle h.10.30 al n. telefonico 050-886209**



RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

CD: RMN – EEG – MIN

Il/La sottoscritto/a Sig./ra Cell:

in qualità di: **Esercente la Responsabilità Genitoriale** Padre Madre

Tutore legale (è necessario allegare copia del Provvedimento di Tutela)

richiede la copia della documentazione sanitaria del paziente:

Cognome Nome

nato il a

CD di tracciato **EEG** effettuato in data

CD della registrazione notturna (**MIN**) effettuata in data

CD **Risonanza Magnetica** effettuata in data

SPEDIZIONE per posta tradizionale

Da inviare a:

Via/Piazza

cap..... Città..... Prov.

Calambrone, il..... Firma del Richiedente(*).....

MODALITA' di RITIRO di persona

presso il Servizio Archivio Centralizzato previo contatto con il personale addetto

Ritira il Sig/ra **Delegato**

Cognome Nome

Documento di identità

Calambrone, il..... Firma del Ritirante(*).....

(*) Dichiarazione in conformità alle disposizioni di Legge vigenti in materia di autocertificazione.

A Cura del Servizio Archivio

Spedita /Ritirata il..... n. fascicolo.....