I.R.C.C.S. Policlinico San Donato
Gruppo San Donato

Sistema Sanitario Regione Lombardia

RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Paziente interessato Sig./Sig.ra .....

Richiedente (se diverso dal paziente interessato) .....

Il ritiro della copia di cartella clinica è previsto per il giorno___ /___ /____ presso lo sportello Accettazione Ricoveri, al corpo "B" dell'ospedale, dalle ore 11:00 alle ore 15:00. La documentazione potrà essere ritirata anche nei giorni successivi alla data prevista, da lunedì a venerdì (esclusi i giorni festivi) dalle ore 7:00 alle ore 15:00.
Presentarsi con un documento di identità.

DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a .....

Nato il___/___/_____a .....

Residente a .....

DELEGO

Il Sig./Sig.ra (*nome cognome in stampatello*) .....
a ritirare la copia della cartella clinica da me richiesta.

Allegare i seguenti documenti:

- Copia del documento d'identità del richiedente
- Documento d'identità del delegato al ritiro

Data: ___ / ___ / _____ Firma .....

Istruzioni per il download della documentazione sanitaria via web

PER AVVIARE IL PROCESSO DI DIGITALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA, lei riceverà una prima e-mail, necessaria alla sua identificazione. Ad essa risponderà completando i dati richiesti: ad es. alcune cifre del Numero del Telefono Cellulare. A seguito di opportuna verifica, riceverà una seconda e-mail contenente un link per scaricare i documenti + un SMS che le comunicherà una Password temporanea (la password sarà composta da 8 caratteri alfabetici/numerici).

PER SCARICARE I DOCUMENTI DIGITALIZZATI E/O RIMUOVERLI DAL WEB: Lei potrà attivare il link inviatole nella seconda e-mail. Quando richiesto, inserirà **1) Utente** → indirizzo e-mail fornito al momento della richiesta; **2) Password** → la password ricevuta via SMS; **3) compilerà, inoltre, il campo Captcha** (per evitare collegamenti da parte di programmi malevoli). A questo punto si avvierà la copia dei file sul proprio Personal Computer o altro dispositivo informatico.
Potrà collegarsi all'**area WEB riservata per il Download/Cancellazione dei file per un tempo determinato (45 giorni, dal ricevimento della e-mail per il download**). Trascorsi 45 giorni la documentazione sarà cancellata dall'area web

---

FIRMA AL RITIRO

Nome cognome di chi ritira .....

In caso di delega, il delegato acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte del Policlinico, in conformità di quanto disposto dal Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR) e dal Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i., Codice sulla Privacy – al solo fine di gestire la presente pratica.

Data: ___ / ___ / _____ Firma .....

Per informazioni e comunicazioni, telefonare all'ufficio Accettazione Ricoveri, al numero 0252774428**,** da lunedì a venerdì dalle ore 8:00 alle ore 15:00, esclusi i giorni festivi.