
 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p>MODULO RICHIESTA DI COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA E DI REFERTI SANITARI NON CONSULTATI ON LINE/ RITIRATI ENTRO 30/60 GIORNI DALLA DATA DI DISPONIBILITA'</p>	<p>Cod: IO.20-Mod.1 Rev.1</p> <hr/> <p>Data: 11/04/2021 Pagina 1 di 2</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>		

Compilare entrambe le pagine e dopo aver letto la relativa informativa

Per copia di verbale di 118 antecedente a Marzo 2013, utilizzare la modulistica dedicata

Dati del richiedente:

Cognome e nome _____
 residente a _____ CAP _____ Prov. _____
 via/piazza _____ n° _____
 documento d'identità n° _____ tel. (campo obbligatorio) _____

Qualifica del richiedente:

- intestatario maggiorenne della documentazione clinica
- genitore di minore titolare la potestà genitoriale
- persona esercente la potestà genitoriale
- tutore/curatore di persona interdetta o inabilitata o di minore o di minore emancipato
- amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute
- erede legittimo/erede testamentario
- altro _____

Dati dell'intestatario della documentazione clinica:

Cognome e nome _____ Sesso M F
 Nato/a a _____ il _____
 Documento d'identità n° _____ Codice fiscale _____

Dati dell'eventuale delegato a presentare la richiesta (non possibile se il richiedente è a sua volta un semplice delegato):

Cognome e nome _____ Documento d'identità n° _____

Documentazione richiesta:

A	<p>Copia di cartella clinica del ricovero in presso l'Ospedale di <input type="checkbox"/>Lodi <input type="checkbox"/>Codogno <input type="checkbox"/>Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/>Casalpusterlengo, dal al</p> <p>Richiesta in modalità <input type="checkbox"/>Ordinaria <input type="checkbox"/>Accelerata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ritiro a <input type="checkbox"/>Lodi <input type="checkbox"/>Codogno <input type="checkbox"/>Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/>Casalpusterlengo • Spedizione <input type="checkbox"/>all'indirizzo sopra indicato <input type="checkbox"/>ad altro indirizzo
B	<p>Copia di cartella clinica del ricovero in presso l'Ospedale di <input type="checkbox"/>Lodi <input type="checkbox"/>Codogno <input type="checkbox"/>Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/>Casalpusterlengo, dal al</p> <p>Richiesta in modalità <input type="checkbox"/>Ordinaria <input type="checkbox"/>Accelerata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ritiro a <input type="checkbox"/>Lodi <input type="checkbox"/>Codogno <input type="checkbox"/>Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/>Casalpusterlengo • Spedizione <input type="checkbox"/>all'indirizzo sopra indicato <input type="checkbox"/>ad altro indirizzo
C	<p>Copia di cartella clinica del ricovero in presso l'Ospedale di <input type="checkbox"/>Lodi <input type="checkbox"/>Codogno <input type="checkbox"/>Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/>Casalpusterlengo, dal al</p> <p>Richiesta in modalità <input type="checkbox"/>Ordinaria <input type="checkbox"/>Accelerata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ritiro a <input type="checkbox"/>Lodi <input type="checkbox"/>Codogno <input type="checkbox"/>Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/>Casalpusterlengo • Spedizione <input type="checkbox"/>all'indirizzo sopra indicato <input type="checkbox"/>ad altro indirizzo

MODULO
RICHIESTA DI COPIA CONFORME DI
DOCUMENTAZIONE CLINICA E DI REFERTI
SANITARI NON CONSULTATI ON LINE/
RITIRATI ENTRO 30/60 GIORNI DALLA DATA DI
DISPONIBILITA'

Cod: IO.20-Mod.1
Rev.1Data: 11/04/2021
Pagina 2 di 2

D	Copia di cartella/documento dell'ambulatorio di..... presso l'Ospedale di <input type="checkbox"/> Lodi <input type="checkbox"/> Codogno <input type="checkbox"/> Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/> Casalpusterlengo, del giorno/periodo Richiesta in modalità <input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Accelerata • Ritiro a <input type="checkbox"/> Lodi <input type="checkbox"/> Codogno <input type="checkbox"/> Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/> Casalpusterlengo • Spedizione <input type="checkbox"/> all'indirizzo sopra indicato <input type="checkbox"/> ad altro indirizzo
E	Copia del verbale del Pronto Soccorso di <input type="checkbox"/> Lodi <input type="checkbox"/> Codogno del <input type="checkbox"/> più copia del relativo verbale di 118 Richiesta in modalità <input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Accelerata • Ritiro a <input type="checkbox"/> Lodi <input type="checkbox"/> Codogno <input type="checkbox"/> Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/> Casalpusterlengo • Spedizione <input type="checkbox"/> all'indirizzo sopra indicato <input type="checkbox"/> ad altro indirizzo
F	Copia dell'esame radiologico eseguito il presso l'Ospedale di <input type="checkbox"/> Lodi <input type="checkbox"/> Codogno <input type="checkbox"/> Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/> Casalpusterlengo Richiesta in modalità <input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Accelerata • Ritiro a <input type="checkbox"/> Lodi <input type="checkbox"/> Codogno <input type="checkbox"/> Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/> Casalpusterlengo • Spedizione <input type="checkbox"/> all'indirizzo sopra indicato <input type="checkbox"/> ad altro indirizzo
G	Copia del certificato emesso dalla commissione/servizio/ufficio il presso l'Ospedale di <input type="checkbox"/> Lodi <input type="checkbox"/> Codogno <input type="checkbox"/> Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/> Casalpusterlengo Richiesta in modalità <input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Accelerata • Ritiro a <input type="checkbox"/> Lodi <input type="checkbox"/> Codogno <input type="checkbox"/> Sant'Angelo Lodigiano <input type="checkbox"/> Casalpusterlengo • Spedizione <input type="checkbox"/> all'indirizzo sopra indicato <input type="checkbox"/> ad altro indirizzo
H	Referto non ritirato di eseguito/a il Richiesta in modalità ordinaria e <input type="checkbox"/> ritiro presso il servizio/ufficio dove è stata presentata la richiesta oppure spedizione <input type="checkbox"/> all'indirizzo sopra indicato <input type="checkbox"/> ad altro indirizzo

Dati dell'eventuale delegato al ritiro della documentazione richiesta:

Cognome e nome _____ Documento d'identità n° _____

Nel caso un delegato al ritiro venga scelto dopo aver depositato la presente richiesta, questi dovrà presentarsi con una delega su carta semplice riportante cognome, nome e numero di documento d'identità sia del delegato che del delegante, con data e firma di entrambe.

Data _____

Firma del richiedente _____

Firma dell'eventuale delegato alla presentazione della richiesta _____

Documentazione ritirata il da richiedente delegato al ritiro sopra indicato

Cognome e firma dell'operatore _____

Firma della persona che ritira _____