



RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Da presentare **presso lo sportello dedicato** dell’Ospedale in cui è avvenuto il ricovero oppure **via e-mail** all’indirizzo: **ufficio.protocollo@asst-brianza.it** o tramite PEC all’indirizzo: **protocollo@pec.asst-brianza.it**

☐ CARTELLA CLINICA COMPLETA ☐ VERBALE PRONTO SOCCORSO ☐ ESTRATTO CARTELLA CLINICA <i>Specificare il documento</i>	☐ CD ESAMI RADIOLOGICI <i>Specificare l'esame</i> ☐ REFERTO AMBULATORIALE ☐ ALTRO _____
---	---

Tipologia: ☐ copia semplice ☐ copia conforme

Supporto: ☐ dematerializzato (file) ☐ CD ☐ cartaceo

Relativa al paziente _____

_____ cognome _____ nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

Codice Fiscale _____

_____ n. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti

Evento avvenuto nella Struttura: _____

Reparto di ricovero _____ Data di dimissione/accesso ____ / ____ / ____

Richiedente _____	
cognome	nome
nata/o il ____ / ____ / ____	a _____ (____)
Tel. _____, in qualità di:	
☐ intestatario della documentazione	☐ delegato (allegare delega e documento di identità)
☐ genitore esercente le potestà genitoriali (allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio e documento di identità)	☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio e documento di identità)
☐ erede (allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio e documento di identità)	☐ altro _____
DOCUMENTO DI IDENTITÀ del richiedente	FIRMA DEL RICHIEDENTE
_____	_____
tipo	numero
Data ____ / ____ / ____	

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo richiesta doc. ne sanitaria 28.08.2026 (4) (1).docxMOD 354	11/09/2026	05	Pagina 1 di 3

RICHIESTA DI COPIA
DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Modalità di Consegna:

☐ ritiro alla sportello
(su supporto cartaceo o CD)☐ invio per posta
elettronica☐ Invio per posta
ordinaria**INVIO PER POSTA ELETTRONICA (gratuito)**

Il file è protetto da password che verrà trasmessa tramite SMS

indirizzo di posta elettronica _____

indirizzo PEC _____

Numero di cellulare (per invio password) _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

INVIO PER POSTA ORDINARIA (con spese di spedizione a carico del richiedente)

In via _____ n. _____

Comune _____ (_____) - CAP _____ - Nazione _____

SOLO nel caso di persona che non sa o non può firmare e CONTESTUALMENTE alla richiesta¹

IL FUNZIONARIO, identificata la persona che presenta l'istanza, attesta che questa richiesta è stata svolta in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

Firma

Matricola

Cognome e nome (in stampatello)

RISERVATO ALLA DIREZIONE MEDICA DELL'OSPEDALE**NULLA OSTA PER IL RILASCIO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

COMPOSTA DI N. _____ FOGLI, PRONTA IN DATA ____ / ____ / ____

(ETICHETTA)

VISTO DEL DIRETTORE MEDICO

(timbro e firma)

☐ DA PAGARE Costo € _____¹ Dichiarazione raccolta ai sensi dell'art. 4, co. 1, del DPR n. 445/2000

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo richiesta doc_ne sanitaria_28.08.2026 (4) (1).docxMOD 354	11/09/2026	05	Pagina 2 di 3

RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

QD_ENT_20193_354

RISERVATO AL PERSONALE ADDETTO

La documentazione clinica è stata consegnata:

☐ A MANO A _____
cognome
nome

Documento di identità (tipo e numero)

Firma di chi ritira

in quanto: ☐ PAZIENTE ☐ GENITORE / TUTORE / AMM. SOSTEGNO / EREDE
Allegare la dichiarazione sostitutiva di atto notorio
☐ DELEGATO☐ PER POSTA ORDINARIA all'indirizzo indicato, protocollo n. _____

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma _____

☐ PER POSTA ELETTRONICA all'indirizzo PEO o PEC: _____, protocollo n. _____

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma _____

TARIFFE			
	CARTACEO	DIGITALE	CD
COPIA SEMPLICE DI CARTELLA CLINICA (dopo la prima copia gratuita)	€ 10 + 0,10 a Foglio	€ 10	€ 10 + € 7
COPIA CONFORME DI CARTELLA CLINICA	€ 30 + 0,10 a Foglio	€ 30	€ 30 + € 7
CD ESAMI RADIOLOGICI (dopo la prima copia gratuita)	/	/	€ 7
COPIA CONFORME DI VERBALE DI P. S. – Estratto Cartella – ALTRI DOCUMENTI	€ 10 + 0,10 a Foglio	€ 10	€ 10 + € 7
COPIA SEMPLICE DI VERBALE DI P. S. – Estratto Cartella – ALTRI DOCUMENTI (dopo la prima copia gratuita)	€ 5 + 0,10 a Foglio	€ 5	€ 5 + € 7
SPESE DI SPEDIZIONE, per la consegna via posta in Italia da applicare anche alla prima copia	- racc. A/R da 0 a 50 grammi (fino a 10 fogli) euro 3,79; - racc. A/R da 51 a 100 grammi (fino a 20 fogli) euro 4,21; - racc. A/R da 101 a 250 grammi (fino a 50 fogli) euro 4,68; - racc. A/R da 251 a 350 grammi (fino a 70 fogli) euro 5,05; - racc. A/R da 351 a 1.000 grammi (fino a 200 fogli) euro 5,89; - racc. A/R da 1.000 a 2.000 grammi (fino a 410 fogli) euro 6,88. - racc. A/R oltre 2.000 grammi (oltre 410 fogli) euro 10.		

La consegna delle copie dei documenti potrà avvenire solo dopo il pagamento dell'importo dovuto per spese e diritti, da effettuarsi presso lo sportello CUP o con Bonifico Bancario alla ASST della Brianza, BPER - IT 36 Q 05387 34071 000049548265 con la causale obbligatoria "Copia di documenti clinici".

Non si darà corso a richieste che risultino errate, incomplete o prive dei NECESSARI allegati.

Per le richieste via e-mail, la copia della richiesta vale come ricevuta "salvo buon fine della richiesta".

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo richiesta doc_ne sanitaria_28.08.2026 (4) (1).docxMOD 354	11/09/2026	05	Pagina 3 di 3