

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in via tel

DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. n.445/2000)

di essere legittimato a richiedere la documentazione sanitaria di (*)
nato/a a il residente a

(*) allegare copia non autenticata di un documento identità del titolare documentazione sanitaria

- in qualità di:
- genitore** esercente la potestà
 - tutore** (estremi dell'atto di nomina del Giudice
 - erede legittimo** della suddetta persona deceduta a in data
 - erede testamentario** della suddetta persona deceduta a in data
e il cui testamento è depositato presso il Notaio
 - altro** (certificare la posizione giuridica di soggetto legittimato)

CHIEDE IL RILASCIO DI

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA/DAY HOSPITAL** del ricovero presso l'Ospedale di
nel periodo reparto/i
- COPIA REFERTI** di prestazioni sanitarie (visite, osservazioni temporanee, esami di laboratorio...) eseguite in data
presso descrizione prestazione
- CERTIFICAZIONI** (di ricovero, di dimissione, ecc.)
- COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA** relativa a prestazione eseguita in data per il
seguente esame: Ecografia TAC Mammografia Radiografia Funzionale
- ALTRO**

INDICA LA SEGUENTE MODALITA' DI RITIRO

- Personalmente** o con **delega** al Sig./Sig.ra Dichiaro di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere persona maggiorenne e al momento del ritiro della documentazione sanitaria dovrà esibire un proprio documento d'identità e fotocopia di un documento d'identità valido del delegante.
- Mediante spedizione postale**
all'indirizzo Dichiaro di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede anche la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).
Ai costi di rilascio della documentazione vanno aggiunti i costi di spedizione
- Mediante spedizione postale all'estero**
all'indirizzo Dichiaro di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede anche la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data **Firma per esteso del richiedente**

Ai sensi dell'art.38 del DPR n.445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante e del titolare della documentazione sanitaria all'ufficio competente a mezzo posta o email.

INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

Il ritiro personale o con delega delle copie della documentazione sanitaria è subordinato al pagamento dei costi di riproduzione da effettuarsi direttamente presso il **C.U.P. – Centro Unico di Prenotazione o con bonifico bancario.**

L'invio della documentazione all'estero è subordinata al **pagamento anticipato** dei costi di riproduzione e di spedizione.

Saranno addebitati al richiedente con le modalità previste dal regolamento aziendale i costi della documentazione sanitaria non ritirata.

* * * * * * * * *

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Spese di riproduzione

cartella clinica cartacea/day hospital	n°	(cad.€uro 12,00)	€uro
Altra documentazione sanitaria (referti, osservazioni temporanee, etc)	n°	(a foglio €uro 0,25)	€uro
Spese rilascio CD / DVD	n°	(cad. €uro 5,00)	€uro

Spese di spedizione - Italia

cartella clinica cartacea/day hospital	n°	(cad.€uro 10,12)	€uro
Altra documentazione sanitaria (referti, osservazioni temporanee, etc)	n°	(€uro 3,30)	€uro
CD / DVD	n°	(cad. €uro 5,10)	€uro

Spese di spedizione - estero

cartella clinica, day hospital, CD/DVD, etc	n°	(cad.€uro 20,00)	€uro
altra documentazione sanitaria	n°	(cad.€uro 5,00)	€uro

Totale da corrispondere _____ **€uro**

Verificato il pagamento delle suddette spese effettuato presso/con..... in data..... la documentazione sanitaria richiesta viene:

- Consegnata, previa esibizione di documento di identità, al Sig./Sig.ra
- Inviata all'estero con mezzo postale all'indirizzo indicato.
- Inviata a domicilio per posta

.....
(data)

.....
(firma per esteso dell'incaricato alla consegna)

.....
(firma per esteso del ricevente)