

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

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

CHIEDE IL RILASCIO DI

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**, relativa al ricovero avvenuto presso l'Ospedale di
nel periodo reparto/i
- nel periodo reparto/i
- nel periodo reparto/i
- COPIA REFERTI** di prestazioni sanitarie (visite, esami strumentali, 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
Dichiara 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 in contrassegno con tariffa a carico del destinatario**
all'indirizzo Dichiara 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.).
La tariffa è comprensiva dei costi di riproduzione e imballaggio, ove previsti, se non pagati anticipatamente
- Mediante spedizione postale all'estero**
all'indirizzo Dichiara 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.)

Altro da dichiarare

.....

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, all'ufficio competente via fax, a mezzo posta o tramite un incaricato.

INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

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

Per le spedizioni in contrassegno il pagamento dei costi di riproduzione può avvenire direttamente alla consegna presso il domicilio dell'utente. Le tariffe per l'invio in contrassegno sono quelle applicate nel tempo da Poste Italiane spa.

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	n°	(cad.€uro 12,00)	€uro
Terapia antalgica, D.H., Osservazione Temporanea	n°	(a foglio €uro 0,25)	€uro
Altra documentazione sanitaria	n°	(a foglio €uro 0,25)	€uro
Spese rilascio CD / DVD	n°	(cad. €uro 5,00)	€uro

Spese di spedizione - estero

cartella clinica, 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 al Sig./Sig.ra

.....
(data)

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

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