

MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La/Il sottoscritta/o COGNOME _____ NOME _____
 NATO A _____ IL : _____ COD. FISCALE _____
 RESIDENTE A: _____ CAP: _____ PROV.: _____
 IN VIA/PIAZZA: _____ NUMERO: _____
 RECAPITO TELEFONICO _____ E-MAIL _____
 DOCUMENTO DI IDENTITÀ: carta identità passaporto patente NUMERO: _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/25.12.2000 e s.m.i.

IN QUALITA' DI (barrare la voce che interessa):

- TITOLARE
 EREDE LEGITTIMO/TESTAMENTARIO IN QUANTO: FIGLIO CONIUGE ALTRO: _____
 GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' GENTORIALE
 DELEGATO
 TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Dati dell'Intestatario della cartella (non compilare se la persona richiedente è intestataria della cartella)

COGNOME _____ NOME _____
 LUOGO E DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

 cartella clinica

Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____

Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____

Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____

verbale / OBI Pronto Soccorso del : _____

cartella ambulatoriale del : _____

 CD radiologici (immagini) delle seguenti indagini diagnostiche:

1. _____ del: _____

2. _____ del: _____

supporto diverso dai CD radiologici (coronarografie, lastre, cassette emodinamica):

referto esame autoptico, decesso avvenuto in data : _____

spese postali per l'invio della documentazione al domicilio _____

N.B.: allegare copia fronte/retro del documento di riconoscimento dell'intestatario della documentazione

Si precisa che la richiesta di copia di documentazione sanitaria si intende perfezionata solo ad avvenuto pagamento anticipato delle tariffe previste dall'ULSS 6 Euganea per il servizio di copia/duplicato, da eseguirsi entro 3 giorni dalla richiesta, e che pertanto il termine di 30 giorni previsto per il rilascio della documentazione richiesta, decorrerà dalla data di pagamento.

Tariffe

- Copia di cartella clinica: € 25,00 per ciascun episodio di ricovero
- Copia di documentazione sanitaria: verbale / OBI Pronto Soccorso € 8,00 per ciascun accesso
- Copia di documentazione sanitaria: cartella ambulatoriale € 5,00 per ciascun accesso
- Duplicato di CD radiologici € 9,00 cadauno
- Duplicato di supporto diverso dai CD (coronarografie, lastre, cassette emodinamica) € 15,00 cadauno
- Spese postali per l'invio della documentazione al domicilio € 10,00 per ciascun plico inviato

CHIEDE INOLTRE

CHE LA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE AVVENGA CON LE SEGUENTI MODALITA'

Ritiro allo sportello

Ai fini del ritiro, delego la seguente persona:

La Sig.ra / Il Sig. _____ nata/o il: _____

documento di identità numero _____

che dovrà presentarsi allo sportello con i documenti di identità del DELEGATO e del DELEGANTE

Firma del delegante: _____

Spedizione tramite Raccomandata A/R: autorizzo la spedizione al seguente indirizzo, esonerando l'Amministrazione da ogni responsabilità relativa ad imprevisti postali, **avendo già pagato la tariffa di €10 stabilita per le spese di spedizione.**

DESTINATARIO: _____

COMUNE DI: _____ PROVINCIA: _____

VIA/PIAZZA: _____ NUMERO: _____ CAP: _____

Il sottoscritto dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ULSS 6 Euganea. Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 "GDPR", l'interessato ha diritto di chiedere all'Azienda di accedere ai suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o di limitarne il trattamento, se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati forniti, solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul consenso o sul contratto.

Data: _____

Firma del richiedente: _____