

MODULO DI RICHIESTA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La/Il sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL : _____ COD. FISCALE _____
RESIDENTE A : _____ CAP: _____ PROV.: _____
IN VIA/PIAZZA: _____ NUMERO: _____
RECAPITO TELEFONICO _____ FAX o E-MAIL _____
DOCUMENTO DI IDENTITA': 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 del DPR 445 del 25/12/2000 e s.m.i.

DICHIARA DI ESSERE (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

IMPORTANTE: allegare fotocopia fronte/retro del documento di riconoscimento dell'intestatario della cartella clinica e/o documentazione sanitaria richiesta

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

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

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- cartella clinica altra documentazione sanitaria

Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____

Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____

verbale / OBI Pronto Soccorso del : _____

- immagini e referti di indagini diagnostiche (radiografie, Tac, Rmn, Ecg, Coronarografie, Eeg, su supporto CD):

1. _____ del: _____

2. _____ del: _____

3. _____ del: _____

referto esame autoptico , decesso avvenuto in data : _____

MODALITA' DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità:

Ritiro allo sportello (previa prenotazione)

Ai fini del ritiro, delego la seguente persona:

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

Firma del delegante: _____

⇒ **PRESENTARSI ALLO SPORTELLLO CON I DOCUMENTI DI IDENTITÀ DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE**

Servizio postale: autorizzo la spedizione al seguente indirizzo, esonerando l'Amministrazione da ogni responsabilità relativa ad imprevisti postali:

DESTINATARIO: _____

COMUNE DI: _____ PROVINCIA: _____

VIA/PIAZZA: _____ NUMERO: _____ CAP: _____

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

2. Io sottoscritto dichiaro 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);

3. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ulss 6 Euganea. La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell'art. 7 del suddetto D.Lgs, può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo.

I costi di cartelle cliniche/documentazione sanitaria duplicate e non ritirate, saranno ugualmente addebitati al richiedente

Data: _____ Firma del richiedente: _____