ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a a _____il_____, residente a _____in via _____ tel _____ , documento di riconoscimento_____, rilasciato da_____il _____,n. _____

DICHIARA

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

di essere legittimato/a a richiedere la documentazione sanitaria di_____ nato/a a _____, il_____, residente a _____in qualità di:

☐ **genitore** esercente la potestà

☐ **tutore/curatore/amministratore di sostegno** (indicare gli estremi dell'atto di nomina)_____ _____

☐ **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_____

☐ **procuratore** del Sig./Sig.ra_____, avendo ricevuto la procura in data_____

☐ **altro** (certificare la posizione giuridica di soggetto legittimato)_____

CHIEDE IL RILASCIO DI

☐ **COPIA DELLA CARTELLA CLINICA,** relativa al ricovero avvenuto presso l'Ospedale di_____
n. accoglimento_____nell'anno_____SC della dimissione_____
n. accoglimento_____nell'anno_____SC della dimissione_____
n. accoglimento_____nell'anno_____SC della dimissione_____

☐ **COPIA REFERTI** di prestazioni sanitarie (visite, esami strumentali, di laboratorio) eseguite in data_____, presso_____descrizione prestazione_____

☐ **CERTIFICAZIONI** (di ricovero, di dimissione) _____

☐ **COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA**:

_____
_____
_____
_____
_____

☐ con referto: ☐ si ☐ no

ALTRO_____

Luogo e data_____**Firma per esteso del dichiarante**_____

PARTE RISERVATA AGLI OPERATORI
N. operatore ricevente_____firma dell'operatore_____
Da far recapitare al CUP dell'ospedale:_____

ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE
Via Travnik n° 20, San Dorligo della Valle - 34018 TRIESTE
Tel 040/399 4031 - Fax. 040/399 4034
e-mail: archivio.ccliniche@asugi.sanita.fvg.it
Centralino:040 3991111 C.F. e P. IVA 01337320327
asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it

MODALITA' DI RITIRO

☐ Da far recapitare al CUP del PO di_____

☐ **Personalmente** o con **delega** al Sig./Sig.ra _____

Dichiara di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere di persona maggiorenne e al momento del ritiro della documentazione sanitaria dovrà esibire un proprio documento di 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 a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile…). La tariffa è comprensiva dei costi di riproduzione e imballaggio, ove previsti, se non pagati anticipatamente.

Altro da dichiarare _____

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.LGS. 193/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione diene resa.

Luogo e data _____

Firma per esteso del dichiarante

_____

INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

Gli utenti sono **obbligati** a ritirare la documentazione sanitaria richiesta e ad effettuare il pagamento del corrispettivo al CUP prima del suddetto ritiro.
Il ritiro personale o con delega delle copie della documentazione sanitaria è subordinata al pagamento dei costi di produzione da effettuarsi direttamente presso **il CUP – Centro Unico di Prenotazione**.

Nel caso in cui **le cartelle cliniche siano ancora "aperte"**, ossia non sono ancora depositate in archivio, gli interessati possono presentare istanza di accesso **SOLO DOPO** che sia decorso un termine **superiore a 30 giorni** dalla data della dimissione. Mentre, per le cartelle cliniche che devono ricomprendere l'esito degli **esami e/o visite** da svolgersi entro 21 giorni dalla data della dimissione, gli interessati possono proporre istanza di accesso **SOLO DOPO** che sia decorso un termine **superiore a 30 giorni** dalla data della dimissione stessa.

Nel caso di istanze di accesso presentate dai procuratori e difensori in favore degli interessati, nonché nelle ipotesi di richieste di accesso caratterizzate da aspetti di particolare complessità giuridica, il CUP trasmette la richiesta e relativa documentazione a corredo della Struttura Complessa Affari Generali e Legali. Quest'ultima, svolta l'istruttoria di competenza, provvederà, ove ritenga di accogliere la richiesta, a rilasciare il nullaosta al CUP che potrà conseguentemente consegnare la documentazione sanitaria richiesta.

Per le spedizioni in contrassegno, il pagamento dei costi di riproduzione e di imballaggio 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.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Spese di riproduzione

Cartella clinica cartacea	N._____(cad.€_____)	Euro_____
Terapia antalgica, D.H., Osservazione Temporanea	N._____(a foglio.€____ _)	Euro_____
Altra documentazione sanitaria	N._____(a foglio.€____ _)	Euro_____
Spese rilascio CD/DVD	N._____(cad.€_)	Euro_____
Esami radiologici su pellicola (qualsiasi formato lastra)	N._____(cad.€_____)	Euro_____
	Totale da corrispondere	**Euro _____**

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 a domicilio per posta in contrassegno.
La documentazione viene inviata per posta in contrassegno con tariffa comprensiva dei costi:

☐ di riproduzione e spedizione pari a Euro _____

(data)	(Firma per esteso dell'incaricato alla consegna)	(Firma per esteso del ricevente)

Continua ⓪

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del DPR 28/12/200

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del DPR 28/12/200

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a a _____,il_____
Residente in_____(prov._____), via_____n._____

Valendomi delle disposizioni di cui gli artt. 46e 47 del DPR 28/12/20000, n. 445, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76, comma1, del DPR 28/12/2000, n. 445 che stabilisce "*chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi, o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia"*e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,(art. 75 DPR 445/2000).

DICHIARA

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs.n. 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._____IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autentificazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e aai privati che vi consentono.

Allego copia del documento di identità _____
(indispensabile se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi)

_____ **IL DICHIARANTE** _____
(Luogo e data) *(firma per esteso e leggibile)*

Parte riservata all'ufficio: (se la dichiarazione viene consegnata personalmente al funzionario addetto)
Firma apposta dal dichiarante, identificato previa esibizione di _____
n._____, rilasciato il _____da_____,
in presenza di_____
(cognome nome e qualifica)