

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
 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 in contrassegno con tariffa a carico del destinatario**
 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.).
La tariffa è comprensiva dei costi di riproduzione e imballaggio, ove previsti, se non pagati anticipatamente
- 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.)

Altro da dichiarare

Dichiaro 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 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.

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 decreto del D.G. n. 586/2010, i costi della documentazione sanitaria non ritirata.

* * * * *

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Spese di riproduzione

cartella clinica cartacea	n°	(cad. Euro 12,00)	€uro
Terapia antalgica, D.H., Osservazione Temporanea	n°	(a foglio Euro 0,50)	€uro
Altra documentazione sanitaria	n°	(a foglio Euro 0,50)	€uro
Spese rilascio CD / DVD	n°	(cad. Euro 5,00)	€uro
Esami radiologici su pellicola (qualsiasi formato lastra)	n°	(cad. Euro 5,00)	€uro
Spese imballaggio radiografie per spedizione postale	n°	(cad. Euro 6,00)	€uro

Spese di spedizione - estero

cartella clinica, pellicole radiografe, CD/DVD etc	n°	(cad. Euro 20,00)	€uro
altra documentazione sanitaria	n°	(cad. Euro 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 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)