

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____, residente a _____ in via _____
 tel. _____, doc. 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 via _____ tel. _____, doc. di riconoscimento _____
 rilasciato da _____ il _____, n. _____
 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 _____
 n. accoglimento _____ nell'anno _____ SC della dimissione _____

COPIA REFERTI di prestazioni sanitarie (visite, esami strumentali, di laboratorio, verbali pronto soccorso)
 eseguite in data _____ presso _____
 descrizione prestazione _____

CERTIFICAZIONI (di ricovero, di dimissione) _____

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____
 N. operatore _____ firma dell'operatore _____

Ritira (cognome e nome) _____ doc. di riconoscimento _____
 in data _____ firma _____
 N. operatore _____ firma dell'operatore _____

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 _____
	<u>Totale da corrispondere</u>	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.

(data)

(Firma per esteso dell'incaricato alla consegna)

(Firma per esteso del ricevente)

