

## RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(documentazione radiodiagnostica)

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 DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Presso radiologia Maggiore

Presso radiologia Cattinara

Con referto:  si  no

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 \_\_\_\_\_

## DELEGA PER IL RITIRO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, doc. di riconoscimento \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

## DELEGO

Il/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, doc. di riconoscimento \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

## AL RITIRO

della seguente documentazione sanitaria:

Copia documentazione radiodiagnostica

Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUOGO e DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL DELEGANTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGATO \_\_\_\_\_

N.B: Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante.

## RITIRO A DOMICILIO

### Mediante spedizione postale in contrassegno con tariffa a carico del destinatario

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

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 viene 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 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 _____
	<b><u>Totale da corrispondere</u></b>	<b>Euro _____</b>

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)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del DPR 28/12/2000)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del DPR 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, documento di riconoscimento \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Valendomi delle disposizioni di cui gli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/20000, n. 445, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76, comma 1, 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'autenticazione 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 ai 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 documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_,  
in presenza dell'operatore (cognome nome) \_\_\_\_\_