ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

RITIRO PRESSO OSPEDALE MAGGIORE ☐
RITIRO PRESSO OSPEDALE CATTINARA ☐

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 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 _____

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RADIOLOGIA OSPEDALE CATTINARA Tel. 040 3994500
RADIOLOGIA OSPEDALE MAGGIORE Tel. 040 3992685
SEDE LEGALE ASUGI: Via Costantino Costantinides, 2
34128 Trieste (TS) Parco di San Giovanni
Centralino: 040 3991111 Fax: 040 399 5113
C.F. e P. IVA 01337320327
www.asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it

ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RADIOLOGIA OSPEDALE CATTINARA Tel. 040 3994500
RADIOLOGIA OSPEDALE MAGGIORE Tel. 040 3992685
SEDE LEGALE ASUGI: Via Costantino Costantinides, 2
34128 Trieste (TS) Parco di San Giovanni
Centralino: 040 3991111 Fax: 040 399 5113
C.F. e P. IVA 01337320327
www.asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it

ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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 diene resa.

Luogo e data _____

Firma per esteso del dichiarante

_____

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RADIOLOGIA OSPEDALE CATTINARA Tel. 040 3994500
RADIOLOGIA OSPEDALE MAGGIORE Tel. 040 3992685
SEDE LEGALE ASUGI: Via Costantino Costantinides, 2
34128 Trieste (TS) Parco di San Giovanni
Centralino: 040 3991111 Fax: 040 399 5113
C.F. e P. IVA 01337320327
www.asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it

ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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 Legali ed Assicurazioni. 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.

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

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RADIOLOGIA OSPEDALE CATTINARA Tel. 040 3994500
RADIOLOGIA OSPEDALE MAGGIORE Tel. 040 3992685
SEDE LEGALE ASUGI: Via Costantino Costantinides, 2
34128 Trieste (TS) Parco di San Giovanni
Centralino: 040 3991111 Fax: 040 399 5113
C.F. e P. IVA 01337320327
www.asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it

ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 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. 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 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) _____

ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' EREDI

Art. 4 Legge n. 15/68 e successive modifiche ed integrazioni
Art. 2 D.P.R. n. 103/98
Art. 19 e 47 D.P.R. n. 445/00

Il/la sottoscritto/a _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____

in via/piazza _____

di essere legittimo erede in qualità di _____

del/la Signor / Signora_____

nato/a il _____ deceduto/a il _____

□ che gli altri eredi legittimi non si oppongono alla richiesta in oggetto.

Motivo della richiesta _____

Dichiara di essere informato, secondo quanto previsto all'art. 12 del d.l. 196 del 30.06.2003 che i dati personali raccolti saranno tratti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il qual la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, _____ Il Dichiarante_____

Secondo quanto previsto dall'art. 38 del D.P.R. 445/00, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendete addetto ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autentica di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via e-mail, tramite un incaricato o a mezzo posta.