

## 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:  sì  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: \_\_\_\_\_

**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 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 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 _____
	<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 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 →

**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 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'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 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)