REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ULSS N. 7
PIEVE DI SOLIGO (TV)

MODULO RICHIESTA
compilazione a cura del richiedente
compilare in stampatello

RICHIESTA: ☐ COPIA CARTELLA CLINICA ☐ COPIA CARTELLA AMBULATORIALE ☐ COPIA VERBALE DI PRONTO SOCCORSO ☐ COPIA INDAGINI DIAGNOSTICHE ANCHE SU SUPPORTO INFORMATICO

del/la Sig./ra.....nato/a a.....

il.....residente a .....Via.....

.....n°.....C.A.P.....Prov.....Tel.....

Ricoverato/a nel Reparto..... dal.....al.....
Ricoverato/a nel Reparto..... dal.....al.....
Ricoverato/a nel Reparto..... dal.....al.....

Il/la sottoscritto/a si **impegna a ritirare il documento entro 60 giorni dalla richiesta** e prende atto di dover pagare, in caso di mancato ritiro, l'intero importo della copia maggiorato degli interessi di mora e delle spese postali.

Fasce di tariffazione copia documentazione clinica:
- fino a 10 pagine e per riproduzione di esami diagnostici semplici (per ogni CD e per ogni pellicola radiografica): € 5,00;
- da 11 a 25 pagine: € 15,00;
- da 26 a 75 pagine: € 20,00;
- da 76 in su: € 25,00;

In caso di richiesta urgente (rilascio entro 7 giorni lavorativi) vi sarà un supplemento di € 5,00.

Il rilascio dei documenti richiesti potrà avvenire solo a seguito dell'avvenuto pagamento.

La copia della documentazione clinica non potrà di norma essere rilasciata prima della chiusura della stessa, che avverrà solo al termine dell'erogazione e refertazione di tutte le prestazioni sanitarie previste durante il ricovero.

MINORE/INCAPACE LEG.

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a.....il.....

residente a..... via.....n..... C.A.P.....Prov. .....

DICHIARA, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, di essere ☐ GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' ☐ TUTORE ☐ ALTRO (specificare) ..... di .....

EREDE

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a.....il.....

residente a..... via.....n..... C.A.P.....Prov. .....

DICHIARA, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, di essere ..... del/la Sig./ra ..... deceduto/a in data..... e come tale EREDE, di aver diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di cui trattasi.

Delego al ritiro del documento

Il/La Sig./ra.....

nato/a.....il.....

Firma del delegante .....

N.B. la persona delegata deve presentarsi con un suo documento di riconoscimento valido, e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona che fa la delega.

Spedire al seguente indirizzo

Sig./ra.....
Via.....n°.....
C.A.P.....Comune.....Prov.....

N.B. per la spedizione a domicilio è indispensabile presentare un documento valido del titolare (anche in fotocopia). Le spese di spedizione sono a carico del richiedente.

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13, il/la sottoscritto/a esprime consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte di codesta Azienda ULSS7 per quanto necessario all'espletamento di quanto richiesto, nel rispetto della normativa vigente, e al mantenimento dei dati in archivio per i tempi previsti dalla legge.

DATA..... FIRMA DEL RICHIEDENTE.....

A cura della SEGRETERIA

Esibisce il seguente documento: ☐ C.I. ☐P. .....N°.....

Data ritiro: a partire dal ..... (si ricorda che il ritiro deve comunque avvenire entro 60 giorni dalla data della richiesta).

Firma dell'impiegato.....

R095_008_01_ALL.1

Recapiti degli uffici addetti al rilascio di copia cartelle cliniche e documentazione sanitaria:

Presidio Ospedaliero **CONEGLIANO**
Via Brigata Bisagno 4-31015 Conegliano (TV)
Tel. **0438/663218** - Telefax **0438/663763**
e-mail: **dmedicacn@ulss7.it**

Presidio Ospedaliero **DE GIRONCOLI**
Via D. Manin 110-31015 Conegliano (TV)
Tel. **0438/654330** - **Telefax 0438/654266**
e-mail: **dmedicadg@ulss7.it**

Presidio Ospedaliero **VITTORIO VENETO**
Via C. Forlanini 71-31029 Vittorio Veneto (TV)
Tel. **0438/665323** - **Telefax 0438/665318**
e-mail: **dmedicavv@ulss7.it**