



**RICHIESTA e CONSEGNA CARTELLA CLINICA**

MOD. AMM. / CARTELLA CLINICA 01

Rev.05 del 30/06/2023

Pagina 1

**RICHIESTA Al Direttore Sanitario Cdc S. Anna srl**

COPIA CARTELLA

COPIA CARTELLA AMBULATORIALE

COPIA REFERTO

ALTRO: \_\_\_\_\_

**GENERALITÀ DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ in vita SI  NO

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Residente P.zza/Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL RICOVERO**

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Numero di cartella clinica : \_\_\_\_\_ anno: \_\_\_\_\_

Reparto: CHIRURGIA GENERALE  UROLOGIA  ORTOPEDIA  GINECOLOGIA

**GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE**

DIRETTO INTERESSATO  ALTRO SOGGETTO AVENTE DIRITTO

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CPP e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità

**DICHIARO di essere:**

GENITORE  (esercitante la patria potestà) TUTORE MINORE EMANCIPATO  (previa esibizione di idonea certificazione)

EREDE  dell'intestatario deceduto il \_\_\_\_\_

EREDE LEGITTIMO  dell'intestatario deceduto il \_\_\_\_\_

EREDE TESTAMENTARIO  dell'intestatario deceduto il \_\_\_\_\_ NUMERO TESTAMENTO \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

Accertamento identità del richiedente (a cura dell'operatore addetto)

CARTA D'IDENTITÀ' \_\_\_\_\_ PATENTE N° \_\_\_\_\_ ALTRO \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_ firma/sigla operatore \_\_\_\_\_



## RICHIESTA e CONSEGNA CARTELLA CLINICA

MOD. AMM. / CARTELLA CLINICA 01

Rev.05 del 30/06/2023

Pagina 2

### MODALITA' DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA

- Ritiro da parte dell'Interessato
- Ritiro di parte di persona delegata      Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_
- Invio per posta all'indirizzo p.e.c.      \_\_\_\_\_
- Invio a mezzo corriere all'indirizzo      \_\_\_\_\_

Data della richiesta \_\_\_\_\_

Firma richiedente \_\_\_\_\_

### MODALITA' DI INVIO DELLA RICHIESTA

La richiesta del rilascio della copia della cartella clinica può avvenire solo dopo la dimissione e trascorsi almeno 40 g.g. dalla stessa e può essere effettuata secondo due modalità:

- DIRETTA: presso la hall di ingresso IN VIA Roma 118 dal LUNEDI' al VENERDI' dalle ore 08:00 alle 19:00, e il SABATO dalle ore 08:00 alle ore 14:00, presentando copia del documento di identità ed effettuando un versamento di € 20.00 per la consegna a mano o ulteriori € 12.00 per la spedizione a mezzo corriere presso l'indirizzo indicato nel modulo di richiesta, da pagare direttamente al corriere.
- INDIRETTA, inviando una pec all'indirizzo : [sannasrl@pec.it](mailto:sannasrl@pec.it), e corredandola di una copia del documento d'identità

**N. B.** Alle richieste inviate a mezzo posta p.e.c. all'indirizzo [sannasrl@pec.it](mailto:sannasrl@pec.it), l'interessato dovrà allegare copia del proprio documento di identità valido; le richieste cui seguirà il ritiro da parte di persona delegata dovranno essere corredate da delega scritta e copia del documento di identità dell'intestatario della documentazione e del delegato. Al momento della richiesta di cartella clinica dovrà essere, altresì, presentata la ricevuta di pagamento per il contributo spese riferito ad una cartella composta di un numero di pagine fino a 50; laddove il numero sia maggiore prima della consegna verrà richiesto di integrare il versamento come previsto dalle tariffe aziendali in vigore.

E' possibile eseguire un bonifico per il pagamento dei diritti di copia all'**IBAN: IT 05 R 06230 14910 000057964766** riferito al conto corrente intestato alla S.Anna srl cod- 150014 e p.Iva 00738370634

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... Prov..... residente a ..... Prov..... Via ..... n..... Cap..... Telefono.....

Intestatario della cartella clinica ....

Genitore esercente la patria potestà ..... Tutore..... Curatore .....

Amministratore di sostegno .....

Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi .....

### DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra ..... nato/a a .....

Prov..... residente a ..... Prov..... Via ..... n..... Cap.....

Telefono..... pro-manibus (a mano) per posta al seguente indirizzo: .....

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data .....

Firma del delegante.....(allegare copia valido documento d'identità)

Firma del delegato.....(allegare copia valido documento d'identità)

Vista la richiesta e gli eventuali allegati si autorizza il rilascio della documentazione di cui sopra.

La Direzione Sanitaria rilascia copia in data \_\_\_\_\_