



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, 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, 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 _____