



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Si prega di leggere attentamente

La documentazione richiesta sarà rilasciata entro 30 (trenta) giorni lavorativi, salvo le documentazioni in codice protetto o altre particolarità ostantive che ne determinino il non accesso o la difficile ricerca.

La documentazione rilasciata, è quella esistente all'interno della Cartella clinica al momento della richiesta, pertanto si fa rilevare che la medesima potrebbe subire integrazioni. Il ritiro può essere effettuato dal titolare o da altra persona con delega, munita dei documenti dell'interessato e del delegato in originale e in fotocopia.

In caso di persone **decedute** la documentazione può essere ritirata solo dagli **eredi** dimostrabili in atti.

In caso di minori l'accesso è consentito ai genitori, anche disgiuntamente, ovvero al tutore. Il genitore dovrà espressamente dichiarare la potestà genitoriale (art. 13 procedura di accesso agli atti amm.vi Azienda Ospedaliera) Nei casi di procedimenti di separazione coniugale, chi ritira la Cartella Clinica dovrà provvedere a dimostrare in atti la titolarità di patria potestà.

Il costo dell'atto è di € 10,33 fino a venti fogli e 5 cent sono dovuti per ogni foglio in più e una volta foto riprodotta, è disponibile per il ritiro per un'anno dopodiché viene distrutta senza diritto al rimborso.

La presente richiesta inviata via fax/mail impegna l'utente nei confronti dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini a versare gli oneri sostenuti per la fotoriproduzione del documento .

Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza l'Azienda ad utilizzare il trattamento dei dati secondo la normativa vigente (art 13 DL 196/2003)



telefono _____

urgente (allega certificato medico)

spedizione solo fuori provincia di Roma contrassegno+s. p _____

Comune _____ Prov (_____) cap _____



QUIETANZA

N° COPIE

SCRIVERE I DATI DEL PAZIENTE

Cognome e nome
Scrivere in stampatello

Data di nascita ____/____/____

Reparto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Reparto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

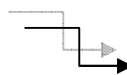
L'addetto allo sportello

firma cliente per accettazione
(leggibile)

Roma li,

Parte riservata all'Archivio Clinico (non compilare)

Prot. N°



Note: _____
