



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Si prega di leggere attentamente

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

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*) consapevole delle responsabilità che queste comportano in caso di dichiarazioni mendaci.

La copia dell'atto ha un costo di € 15,00 e una volta fotoriprodotta è disponibile per il ritiro per un anno dopodiché viene distrutto senza diritto al rimborso.

La condizione minima essenziale per richiedere la documentazione clinica è quella che il cittadino richiedente, **deve** specificare informazioni chiare e inequivocabili sul ricovero avvenuto, altrimenti non verrà accettata in quanto impossibile la sua ricerca.

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 _____ la spedizione può essere effettuata solo fuori provincia di Roma+s. p

Comune _____ Prov (_____) cap _____

Via/P.zza _____

QUIETANZA

N° COPIE

SCRIVERE I DATI DEL PAZIENTE

Cognome e nome
Scrivere in stampatello



Data di nascita ____/____/____

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

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

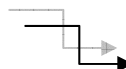
L'addetto allo sportello

**firma cliente per accettazione
(leggibile)**

Roma li,

Parte riservata all'Archivio Clinico (non compilare)

Prot. N°



Note: _____
