



**All'Archivio Clinico Aziendale - Direzione Sanitaria**

**Scrivere dati del titolare/delegato/erede**

Il/la sottoscritto/a Cognome .....Nome .....

nato/a a ..... Il...../...../..... Tel.....

residente a.....via.....

**INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE**

*si prega di scrivere chiaro e in stampatello*

Sig/a Cognome .....Nome .....

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



Arch -  
Rad -  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
A . . .

**Prot**

**quiet**

**CHIEDE N° \_\_\_\_\_ COPIA/E DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

CARTELLA **AMBULATORIO** \_\_\_\_\_ N°CARTELLINO \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

PRONTO SOCCORSO *(se vi è stato successivo ricovero il PS è accluso alla cartella clinica)* avvenuto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CERTIFICATO DI DEGENZA del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(produrre documento di riconoscimento e delega del paziente e documento di riconoscimento del delegato)*

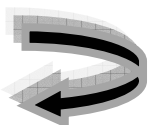
CARTELLA CLINICA

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

deceduto/a  minore  spedizione

**GIRARE PAGINA E COMPLETARE**



- È consapevole ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000 che in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 71 e 72 DPR 445/2000)
- è consapevole che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D.Lgs. 196 del 30/6/2003 dichiara di essere a conoscenza che la documentazione clinica può essere incompleta in quanto non completato sia l'iter diagnostico-terapeutico e pertanto la medesima potrebbe subire integrazioni
- è a conoscenza che 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. E' altresì a conoscenza che **talune documentazioni sono rilasciate solo e direttamente all'intestatario della cartella clinica**
- È a conoscenza che in caso di persone **decedute** la documentazione può essere ritirata solo dagli **eredi** dimostrabili in atti
- È a conoscenza che 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*)
- Dichiara di essere consapevole delle tariffe espresse a fianco di ciascuna tipologia di documentazione sotto riportata e che la copia è disponibile per il ritiro per **un anno (365 gg)** dopodiché viene distrutta **senza diritto al rimborso**
- Prende atto e accetta che la condizione minima essenziale per richiedere la documentazione clinica è quella che devono essere specificate informazioni chiare e inequivocabili sul ricovero avvenuto, altrimenti la richiesta non potrà essere accettata in quanto impossibile la sua ricerca

€15 CARTELLA CLINICA

€ 7 CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO (*se c'è stato successivo ricovero, il PS è accluso alla cartella clinica*)

€ 5 CARTELLA AMBULATORIALE

€ 2 CERTIFICATO DI DEGENZA POST DIMISSIONE

**Parte riservata alla spedizione: compilare solo per invio fuori provincia**

Comune \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ ) cap \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_

**Il funzionario**

**firma di chi richiede**

**Parte riservata all'Archivio Clinico (non compilare)**

**pagamento:** acconto  saldo  rimborso

nuova scansione  integrazione documenti

**Note** (*scrivere il nome dell'operatore, data e sigla*):

**Memoria:** (*scrivere il nome dell'operatore, data e sigla*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GIRARE PAGINA E COMPLETARE**

