**MODULO DI RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA/REFERTO**

| | | |
|---|---|---|
| Nome | Cognome | |
| Nato a: | Il: | |
| Residente in via: | | |
| Città: | CAP: | Prov: |
| Tel. | Cell: | e-mail |
| Documento di identità n° | Rilasciato da: | il: |

Consapevole delle responsabilità civili e panali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**
(barrare la voce interessata):

☐ Cartella clinica riferita al ricovero:

Nel periodo dal ___/___/____ al ___/___/____ Reparto:_____
Nel periodo dal ___/___/____ al ___/___/____ Reparto:_____
Nel periodo dal ___/___/____ al ___/___/____ Reparto:_____
Nel periodo dal ___/___/____ al ___/___/____ Reparto:_____
Nel periodo dal ___/___/____ al ___/___/____ Reparto:_____

☐ Cartella di esami/referti:

Copia referto di: _____ del ___/____/_____ Numero di copie ____

Copia CD di: _____ del ___/____/_____ Numero di copie ____

---

*La seguente parte è da compilare in caso di delega ovvero richiesta relativa ad altro soggetto, da presentare con documento di identità del delegato e del delegante:*

**DICHIARA DI ESSERE**
(barrare la voce interessata)

☐ Delegato
☐ Erede legittimo/testamentario (allegare documentazione)
☐ Fiduciario (art.4, legge n°219/2017) (allegare documentazione)
☐ Tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare documentazione)
☐ Altro:_____

di (cognome e nome):_____ nato/a il:_____

Firma del delegato:_____ Firma del delegante (in caso di delega):_____

**COSTI E SPEDIZIONI**

1. Euro 40 per ogni cartella clinica di ricovero ordinario + Euro 20 in caso di spedizione postale;
2. Euro 20 per referto di radiologia + Euro 13 in caso di spedizione postale;
3. Euro 20 per referto di neurologia + Euro 13 in caso di spedizione postale;
4. Euro 20 per ogni CD + Euro 13 in caso di spedizione postale

Il pagamento può avvenire con una delle seguenti modalità:

- In contanti presso lo sportello Ufficio Accettazione
- Bonifico: IT64F0103002010000001949181 intestato a "San Camillo IRCCS S.r.L." causale "Versamento quota per richiesta copia documentazione sanitaria per _____" (inserire il nome e cognome del paziente)

Invio della copia tramite spedizione postale con raccomandata A/R:

- NO (ritirerò la copia presso l'Ufficio Accettazione
- SI – compilare il seguente campo:

Cognome e Nome_____
Via e numero civico_____
Città_____ CAP_____

**Attenzione: nessuna documentazione sanitaria verrà inviata via e-mail.**

Nel caso di spedizione postale l'Ospedale IRCCS San Camillo declina ogni responsabilità derivante da eventuali manomissioni, furti e smarrimenti o violazioni della privacy.

**N.B.: In base alla norma di legge (L.24/2017, art.4) la documentazione richiesta sarà consegnata entro 7 giorni (ove già disponibile) ovvero entro 30 giorni in rapporto ad eventuali necessità di completamenti e/o integrazioni. Si specifica che i predetti termini cominceranno a decorrere dalla richiesta (di copia Cartella Clinica o copia Cartella referto/esami), solo in presenza dell'avvenuto pagamento dell'importo dovuto per la formazione della copia conforme della Cartella nonché di quello per la spedizione, ove richiesta.**
**Dopo 60 giorni dalla data stabilita per il ritiro della Cartella, la medesima non sarà più disponibile e sarà necessario fare una nuova richiesta.**

Il richiedente si dichiara infine consapevole che ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 2016/679, normativa sulla privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e che saranno trattati dalla San Camillo IRCCS s.r.l. , anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo;

Data_____/_____/_____

firma del richiedente:_____

---

Spazio riservato all'Accettazione

**CONSEGNA:**
☐ A mano, in data _____/_____/_____
☐ Tramite posta raccomandata A/R numero_____ del _____/_____/_____
spedita in data _____/_____/_____ di cui copia in allegato

Nome, Cognome e Firma dell'operatore:_____