

Richiesta Copia Cartella Clinica e documentazione sanitaria (il modulo compilato va presentato all'Ufficio CUP/Ticket)

Al Dirigente Sanitario dell'Ospedale
Giovanni Paolo II- Olbia

RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a ⁽¹⁾ _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____
Recapito telefonico _____
Doc. di identificazione: Carta di identità Patente Passaporto n. _____
Indirizzo e-mail _____

in qualità di:

- Diretto interessato (se maggiorenne o minorenne emancipato)
- Delegato di ⁽²⁾ _____
- Genitore di ⁽²⁾ _____
- Tutore del minore ⁽³⁾ _____
- Tutore dell'interdetto/a ⁽³⁾ _____
- Amministratore di sostegno di ⁽⁴⁾ _____
- Erede di ⁽²⁾ _____

(VEDI LEGENDA)

CHIEDE

- **Il rilascio di copia conforme** della CARTELLA CLINICA relativa al ricovero c/o:

Reparto _____ Periodo: *giorno* ___ *mese* ___ *anno* ___ € 10.10

Reparto _____ Periodo: *giorno* ___ *mese* ___ *anno* ___ € 10.10

Reparto _____ Periodo: *giorno* ___ *mese* ___ *anno* ___ € 10.10

- **Il rilascio di copia conforme del:**

Verbale di Pronto Soccorso _____ Periodo: *giorno* ___ *mese* ___ *anno* ___ € 5.00

CD coronarografia _____ Periodo: *giorno* ___ *mese* ___ *anno* ___ € 6.70

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

Dichiara, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente la seguente documentazione atto a far constatare l'esistenza dei propri poteri rappresentativi ⁽²⁾:

- 1) _____
- 2) _____

data ___/___/___

NON possono essere accolte richieste non datate

L'ufficio contatterà telefonicamente per il ritiro ore 10,30/13,00 lunedì, venerdì e mercoledì. Pomeriggio: lunedì ore 15,30/16,30

In alternativa: il sottoscritto chiede inoltre che la documentazione sanitaria di cui sopra sia spedita al seguente indirizzo*:

Via _____ n° _____ cap _____ Città _____ Stato _____

*(spese postali a carico del richiedente)

Firma del richiedente _____

Firma del richiedente _____

NB: in mancanza di uno dei requisiti la richiesta della copia della cartella clinica sarà ritenuta incompleta e quindi non sarà accolta

LEGENDA:

- 1) Allegare fotocopia documento d'identità fronte/retro se inviata per posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente
- 2) Se persona delegata: delega scritta e fotocopia del documento di identità del soggetto a cui si riferiscono i dati presenti sulla cartella clinica; se erede: dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR 445/00; genitore: dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/00.
- 3) se tutore decreto di nomina;
- 4) se amministratore di sostegno deve essere allegato Decreto di nomina, il quale deve obbligatoriamente contenere l'indicazione dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'Amministratore ha il potere di compiere.