

N° RICHIESTA

AL DIRIGENTE MEDICO OSPEDALIERO

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente a _____

ai sensi ed agli effetti dell'art. 48 del DPR 28/12/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiaro di essere stato/a delegato/a dal Sig./Sig.ra _____

_____ nato/a a _____ il _____

residente a _____

a richiedere ed a ritirare in suo nome, vece e conto:

copia della cartella clinica relativa al ricovero avvenuto:

1. dal _____ al _____ presso la SC/SSD/SS _____

2. dal _____ al _____ presso la SC/SSD/SS _____

3. dal _____ al _____ presso la SC/SSD/SS _____

copia del referto di pronto Soccorso del giorno _____

copia degli esami diagnostici di _____ del giorno _____

altro _____

Provvederò personalmente al ritiro della documentazione.

Chiedo che la documentazione sia inviata a mezzo posta / Raccomandata AR

contrassegno al seguente indirizzo: _____

esonero nel contempo questa Amministrazione da qualunque responsabilità connessa al rilascio della predetta documentazione.

Dichiaro altresì di essere a conoscenza del fatto che le notizie sanitarie contenute nei documenti sanitari sono fornite sotto il vincolo del segreto d'ufficio e professionale tutelato dalle norme del codice penale. Allego delega alla richiesta ed al ritiro della documentazione sanitaria, copia fotostatica del documento di identità del delegato e del delegante in corso di validità.

Prendo atto che il mancato ritiro della documentazione entro 60 giorni dalla data di richiesta comporta l'addebito dell'intero costo maggiorato di € 10,00 ai sensi della deliberazione aziendale n.67 del 22/10/2014.

Il tempo di consegna per il ritiro della copia delle cartelle cliniche è di norma di trenta giorni a decorrere dalla data di richiesta conforme pervenuta all'archivio. I tempi potrebbero variare, con formale comunicazione all'utente, per necessità di completezza della documentazione clinica (ad esempio attesa di referti istologici) o di eventuali accertamenti richiesti in regime di post ricovero (entro 30 giorni dalle dimissioni) costituenti parte integrante della cartella clinica.

_____ luogo e

data firma per esteso

La sottoscrizione in calce dell'autocertificazione non deve essere sottoposta ad autenticazione ed è in assoluta esenzione dall'imposta di bollo. (DPR 28/12/00, n. 445, art. 38, comma 3).

Dichiaro di aver ritirato in data odierna quanto sopra richiesto.

_____ luogo e data

_____ firma per esteso

L'operatore addetto alla consegna (per identificazione richiedente/ritirante e verifica completezza pratica) **Data** _____ **Firma** _____