

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER RICHIESTA DI  
DOCUMENTAZIONE SANITARIA** (per minore e/o interdetti)

**Mod. F**

N° RICHIESTA .....

**Al Dirigente Medico Ospedaliero**

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

ai sensi ed agli effetti dell'art.46 del DPR 28/12/00, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiaro di essere** \_\_\_\_\_ **(genitore, tutore) esercente la potestà del minore/Sig.**

\_\_\_\_\_ e in tale stato

**CHIEDO il rilascio di**

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/P.I. del giorno \_\_\_\_\_

copia degli esami diagnostici di \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

copia della cartella sala gessi del giorno \_\_\_\_\_

del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

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.

Provvederò personalmente al ritiro della documentazione

Chiedo che la documentazione sia inviata a mezzo posta/Raccomandata AR contrassegno al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Delego al ritiro della documentazione il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ documento di identità n° \_\_\_\_\_

L'istanza è stata presentata unitamente a documento di identità del richiedente di cui si allega copia fotostatica

**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. 657 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** \_\_\_\_\_