

MODULO DI RICHIESTA DELLA COPIA CARTELLA SOCIO-SANITARIA DA PARTE DEGLI AVENTI DIRITTO

RSA.MR.61

Data: 01.09.2023

Rev. 0

Pag. 1 di 2

Alla c.a. del Direttore

RICHIESTA COPIA

☐ CARTELLA CLINICA

☐ ESTRATTO CARTELLA CLINICA (specificare)

☐ ALTRO (specificare)

GENERALITÀ DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

COGNOME E NOME _____ in vita SI ☐ NO ☐

Nato/a a _____ il _____ tel _____

Residente in P.zza/Via _____ n. _____

Città _____ Provincia _____

DATI RELATIVI AL RICOVERO

Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____

GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE

☐ DIRETTO INTERESSATO

☐ ALTRO SOGGETTO AVENTE DIRITTO

Nome e Cognome _____ Nato/a _____ il _____

Residente in Via/P.zza _____ n. _____ Città _____

Tel./Cell. _____

Firma del Richiedente _____

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CPP e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità.

DICHIARO di essere:

☐ TUTORE

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

☐ EREDE dell'intestatario deceduto il _____

☐ EREDE LEGITTIMO dell'intestatario deceduto il _____

☐ EREDE TESTAMENTARIO dell'intestatario deceduto il _____ NUMERO TESTAMENTO _____

☐ ALTRO _____

Accertamento identità del richiedente (a cura dell'operatore addetto):

<input type="checkbox"/> Carta Identità	<input type="checkbox"/> Patente guida	<input type="checkbox"/> Altro _____	NUMERO _____
Rilasciato da _____		scad. _____	
Firma/sigla operatore _____			

MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ritiro da parte dell'Interessato | <input type="checkbox"/> Ritiro di parte di persona delegata |
| <input type="checkbox"/> Formato cartaceo | <input type="checkbox"/> Formato elettronico: <input type="checkbox"/> CD- ROM <input type="checkbox"/> USB |

COSTO DEL SERVIZIO

Formato cartaceo:

€ 50 per ogni copia di cartella;

Nel caso si richieda un invio della cartella clinica al proprio domicilio, a tali tariffe, si aggiungono i costi di spedizione postale.

Formato digitale:

€ 10 per ogni copia di cartella su supporto informatizzato (cd – rom e/o supporto usb fornito dal richiedente).

Nel caso di supporto usb, questo deve essere nuovo e con confezione integra.

Modalità di pagamento

Gli importi richiesti devono essere corrisposti prima del ritiro della documentazione.

Il pagamento deve essere effettuato attraverso bonifico sul c/c bancario dell'Ente, avente per causale

“Richiesta copia cartella di [nome e cognome dell'utente]

Data della richiesta _____ Firma richiedente _____

Vista la richiesta e gli eventuali allegati si autorizza il rilascio della documentazione di cui sopra.

La Direzione / Coordinatore Infermieristico

***N.B.** Alle richieste inviate a mezzo posta, fax o email l'interessato dovrà allegare copia del proprio documento di identità valido; le richieste cui seguirà il ritiro da parte di persona delegata dovranno essere corredate da delega scritta e copia del documento di identità dell'intestatario della documentazione e del delegato. Al momento della richiesta di cartella clinica dovrà essere altresì presentata la ricevuta di pagamento per il contributo spese riferito ad una cartella composta di un numero di pagine fino a 200; laddove il numero sia maggiore prima della consegna verrà richiesto di integrare il versamento come previsto dalle tariffe aziendali in vigore.*