



**Intestatarario della cartella / Referto PS / Riscontro Diagnostico**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ ( autorizzo l'Az. Osp. S. Anna ad inviarmi tramite SMS comunicazioni inerenti l'evasione della richiesta)

**Richiedente (compilare solo se persona diversa dall'intestatarario)**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_

consapevole che ai sensi del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e che i cittadini extracomunitari possono dichiarare solo fatti, stati e qualità certificabili ovvero attestabili da parte di soggetti pubblici italiani, ed a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.i.m.

**DICHIARA DI ESSERE**

- Delegato** (allegare modulo per delega e documento di identità del delegante )
- Erede legittimo** del sig./sig.ra \_\_\_\_\_
- Genitore esercente la potestà genitoriale**
- Tutore** (allegare copia dell'atto di nomina)
- Amministratore di sostegno** (allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare)
- Medico di Medicina Generale/Pediatra dell'intestatarario** (allegare consenso dell'intestatarario)
- Perito d'ufficio** (allegare copia di conferimento dell'incarico ed autorizzazione all'acquisizione di documentazione sanitaria da parte del Giudice)

esprimo a codesta Azienda il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto della normativa vigente (D.lgs. 196/2003 e s.i.m.)

**- CHIEDE COPIA CARTELLA CLINICA**

Degenza nel Reparto	Dal	Al	Barrare solo una scelta per riga		
			CD/DVD*	COPIA SEMPLICE**	COPIA AUTENTICA***
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Specificare motivazione
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Specificare motivazione
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Specificare motivazione

**URGENTE:** la richiesta urgente è prevista solo per **ricovero in atto**, ovvero effettuazione terapie presso altre strutture sanitarie.

\* **CD/DVD** (solo cartella clinica, i dvd di immagini di diagnostica vanno richiesti alle Segreterie dei Servizi che hanno erogato la prestazione) costo a CD/DVD € 5,00 + € 3,00 (per singola cartella) per diritti di ricerca.

\*\* **COPIA SEMPLICE** costo a cartella € 20,00 + € 3,00 per diritti di ricerca.

\*\*\* **AUTENTICA** costo a cartella € 35,00 + € 3,00 per diritti di ricerca; per la richiesta in Autentica (solo in forma cartacea) specificare la motivazione \_\_\_\_\_ leggere indicazioni sul retro).

**- CHIEDE COPIA REFERTO PS** (costo € 0,20 per ogni foglio formato A4 + € 3,00 per diritti di ricerca)

<input type="checkbox"/> accesso in data: ___/___/___ - per la richiesta in autentica (solo in forma cartacea) specificare la motivazione _____ (leggere indicazioni sul retro)	COPIA SEMPLICE <input type="checkbox"/>	COPIA AUTENTICA <input type="checkbox"/>
--	--	---

**- CHIEDE COPIA VERBALE RISCONTRO DIAGNOSTICO (AUTOPSIA)** (costo € 1,00 + € 3,00 per diritti di ricerca)

<input type="checkbox"/> data decesso: ___/___/___ Avvenuto: <input type="checkbox"/> In Az. Osp. S. Anna <input type="checkbox"/> Fuori Az. Osp. S. Anna - per la richiesta in autentica (solo in forma cartacea) specificare la motivazione _____ (leggere indicazioni sul retro)	COPIA SEMPLICE <input type="checkbox"/>	COPIA AUTENTICA <input type="checkbox"/>
--	--	---

**RITIRO**

Spedizione postale (con spese a carico del destinatario) all'indirizzo:

Ritiro presso Centro Servizi solo dal richiedente/intestatarario salvo esplicita delega.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (allegare documento d'identità)

Casi in cui la copia della documentazione clinica deve essere rilasciata in copia autentica:

- richieste dell'Autorità Giudiziaria
- richieste dei periti nominati d'ufficio
- richieste INAIL
- richieste per la difesa dei propri interessi giuridici in occasione di contenziosi
- uso assicurativo se richiesto dalla Compagnia