



RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

OSPEDALE: Busto Arsizio Gallarate Saronno Somma Lombardo

MODULO DA PRESENTARE CON GLI ALLEGATI PREVISTI IN

A0704_P14_Pd01_MS01 “Allegati per richiesta di copia di documentazione sanitaria”

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
 residente a _____ in via _____
 stato civile _____ telefono _____ email _____
 documento di identità: _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
 avvalendosi **dell'art. 47 del DPR 445/2000** e consapevole del potere di accertamento d'ufficio ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 e delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1) Di aver preso visione delle informazioni riportate nel documento "Informativa ex art. 13 del Reg. UE 679/2016" e "Informativa per la gestione referti on line e comunicazioni telefoniche" e di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati da parte dell'ASST Valle Olona per le finalità e le modalità ivi descritte.

2) Di essere:

Titolare della documentazione

Delegato dal Titolare della documentazione (allegare delega tipo A1107_P22_POL01_MD22)

Erede legittimo in qualità di coniuge figlio/a genitore altro (es. fratello, sorella, convivente, ecc.)
 _____ del/la titolare deceduto il _____ a _____

Curatore **Tutore** **Amministratore di sostegno** **Erede testamentario**

Avente diritto in forza di: Provvedimento / Certificato _____
 n. _____ in data _____ repertorio/registro _____ Autorità
 _____ di _____

Genitore del minore _____ e di esercitare la responsabilità genitoriale

congiuntamente all'altro genitore (cognome e nome) _____ nato a _____
 il _____ residente _____ via _____
 n. _____ Telefono _____

presente

non presente: informato, è concorde e mi autorizza a procedere per il minore

disgiuntamente all'altro genitore in forza del seguente Provvedimento: _____
 n. _____ in data _____ repertorio / registro _____ Autorità
 _____ di _____

Genitore unico / esercente la responsabilità genitoriale

Terzo avente diritto in forza di:

Delega dei/l genitori/e (allegare delega tipo MOD22POL02)

Provvedimento _____ n. _____ in data _____ repertorio/registro
 _____ Autorità _____ di _____

CHIEDE

Copia delle sotto elencate cartelle cliniche nel seguente formato cartaceo CD* elettronico con firma digitale (WEB)

Cartella Clinica n° _____ data ricovero _____ UO _____

Cartella Clinica n° _____ data ricovero _____ UO _____

Cartella Clinica n° _____ data ricovero _____ UO _____

* N.B: la copia cartella su CD NON prevede l'attestazione di conformità all'originale

Certificato di degenza del ricovero avvenuto in data _____

Copia cartella ambulatoriale _____

Copia dei seguenti referti / documentazione iconografica _____

Copia dei seguenti Verbali di Pronto Soccorso _____

Copia certificato autoptico _____

Altro _____

Da compilare se diverso dal richiedente: **Titolare della documentazione** Sig./a _____ nato/a
a _____ il _____ residente a _____ via _____

MODALITÀ PER IL RITIRO

- Elettronico (via WEB) con utilizzo del numero di telefono e indirizzo e-mail indicati nella successiva sezione “**SPAZIO RISERVATO ALLE ANNOTAZIONI**”
 Consegna al richiedente/delegato Sig./Sig.ra _____
 Invio tramite spedizione (previo pagamento anticipato delle spese postali) al seguente indirizzo autorizzato dal sottoscritto:

Data _____ Firma _____ Firma secondo genitore _____

Firma apposta in presenza dell'operatore sì no Firma dell'operatore _____

Nel caso di mancato ritiro della documentazione richiesta entro un anno dalla data della richiesta, la documentazione sarà smaltita secondo la vigente procedura aziendale e nel caso di mancato download della cartella clinica via web entro i 45 giorni dalla ricezione del link, la cartella non sarà più scaricabile e sarà necessaria una nuova richiesta. Tale nuova richiesta comporterà il pagamento per intero della tariffa prevista.

DELEGA PER RITIRO DOCUMENTI

Il sottoscritto _____ titolare della documentazione richiesta

DELEGA

Il Sig./ra _____ che si presenterà munita di documento di identità (_____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____)

a ritirare i seguenti documenti _____

Data _____ Firma _____ II° genitore _____.

SPAZIO RISERVATO ALLE ANNOTAZIONI

1. Il sottoscritto richiedente *dichiara di essere consapevole* che la copia di cartella clinica acquisita su supporto informatico (es. CD) NON prevede l'attestazione di conformità all'originale
2. Il sottoscritto richiedente *dichiara di essere consapevole* che la consegna per posta comporta i rischi di transito propri del vettore per i quali manleva l'ASST.
3. Il sottoscritto richiedente acconsente per ogni comunicazione relativa alla presente procedura all'utilizzo del seguente n. telefonico (per copia via WEB solo telefono cellulare): _____ e all'utilizzo del seguente indirizzo e-mail (obbligatorio per la copia via WEB; scrivere in stampatello) _____
4. Il sottoscritto richiedente *dichiara di essere consapevole* che la copia di cartella clinica richiesta via web rimarrà scaricabile per n. 45 giorni a decorrere dal ricevimento del link via mail.

Data _____ Firma _____.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

ALLA RICHIESTA: RIC. N. DEL ALLA CONSEGNA: RIC. N. DEL
 ALLA RICHIESTA: RIC. N. DEL ALLA CONSEGNA: RIC. N. DEL

Costi cartella clinica o ambulatoriale*	€ 25,00 primi 100 fogli + € 5,00 oltre il 100	*Per le richieste di cartelle cliniche, la prima copia è gratuita (solo per il titolare o suo delegato). Per le successive verranno applicati i costi in tabella
CD ROM coronarografia	€ 10,00	
Documentazione in formato elettronico viaWEB*	€ 10,00	
Cartella clinica in formato CD*	€ 10,00	
Elettroencefalogramma	€ 15,00	
Altro (es. verbale PS, certificato autoptico etc.)	€ 10,00	
Costi di spedizione	€ 10,00	

Data Firma, per ricevuta, alla consegna _____