

ALL. 4

RICHIESTA CARTELLA CLINICA/ DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____
Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____ mail _____
Documento _____ n° _____ codice fiscale _____

In qualità di: Titolare; Erede legittimo; Persona esercente la potestà genitoriale;
 Tutore; Curatore; Delegato; Altro (specificare _____)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- CARTELLA CLINICA ricovero presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
 CARTELLA CLINICA ricovero presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
 REFERTO AMBULATORIALE _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
 IMMAGINI RADIOGRAFICHE SU CD (RM, TAC, RX) _____
 VERBALE DEL PRONTO SOCCORSO del _____
 ALTRO (specificare) _____

Tale documento è richiesto per: Uso Personale Uso Medico Uso Legale
 Uso Assicurativo altro _____

DELEGA ALLA RICHIESTA E/O AL RITIRO (il delegato deve allegare il documento di identità)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____
Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____ mail _____
Documento _____ n° _____ codice fiscale _____

CHIEDE la SPEDIZIONE, con spese a carico del destinatario, al seguente indirizzo:

Cognome _____ Nome _____
Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

CHIEDE: L'INVIO TRAMITE POSTE ELETTRONICA/PEC all'indirizzo _____

L'INVIO DEL CODICE PER LA LETTURA DELLA DOCUMENTAZIONE AL CELLULARE

Dichiarando che l'invio del referto alla casella di posta elettronica indicata dall'interessato non configura un trasferimento di dati sanitari tra diversi titolari del trattamento, bensì una comunicazione di dati tra la struttura sanitaria e l'interessato effettuata su specifica richiesta di quest'ultimo. L'invio della documentazione sanitaria richiesta avverrà in modo criptato, per l'apertura della stessa sarà necessario inserire il codice ricevuto tramite SMS al numero indicato. L'invio tramite posta elettronica/PEC viene effettuato solo per documenti posteriori al 2018.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ponderano, li _____ Firma per esteso del richiedente _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

Il ritiro personale o con delega delle copie della documentazione sanitaria è subordinata al pagamento dei costi di riproduzione da effettuarsi direttamente presso lo sportello bancario ospedaliero (Lun-Ven orario: 8.20-13.20/14.30-15.50). Per le spedizioni in contrassegno il pagamento dei costi di riproduzione può avvenire direttamente alla consegna presso il domicilio dell'utente. Le tariffe per l'invio del contrassegno sono quelle applicate nel tempo dalla società inviante. **Si prende atto che, la documentazione richiesta e non ritirata entro 90 giorni, sarà distrutta senza alcuna possibilità di restituzione della somma versata a titolo di costo di riproduzione.** La documentazione inviata tramite posta elettronica non comporterà addebiti aggiuntivi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Da compilare se il richiedente è diverso dal Titolare dei dati

ALLA DIREZIONE SANITARIA DELL'ASL BI DI BIELLA

DATA ___/___/___

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ prov. _____ il ___/___/___
Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____ mail _____
Documento _____ n° _____ codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

la responsabilità genitoriale sul minore _____
nato/a a _____ Prov. (____) il _____
residente a _____ in _____

DICHIARA l'insussistenza della preclusione dalla potestà di cui al 3° comma dell'art.155 C.C. e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità.

* la tutela su _____
nato/a a _____ Prov. (____) il _____
residente a _____ in _____

* l'amministrazione di sostegno per _____
nato/a a _____ Prov. (____) il _____
residente a _____ in _____

Di essere erede
 legittimo con grado di parentela _____
 per testamento di _____

nato/a a _____ il ___/___/___ deceduto/a il ___/___/___
 Altro (specificare la posizione giuridica di soggetto legittimato) _____

Si dichiara consapevole:

- Che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- Che la presente richiesta viene accolta solo se completa in ogni sua parte.

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

IL DIPENDENTE CHE RICEVE LA DICHIARAZIONE _____

* ESIBIRE DECRETO VALIDO DI NOMINA

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
Spese di riproduzione

Copia della cartella clinica in formato digitale	n°	Ricovero ordinario	5€ (fuori campo IVA)	€
		Ricovero Day Hospital	5€ (fuori campo IVA)	
		Cartella con più di 300 fogli	5€ (fuori campo IVA)	
Copia della cartella clinica su USB	n°	Ricovero ordinario	5€ (fuori campo IVA)	€
		Ricovero Day Hospital	5€ (fuori campo IVA)	
		Cartella con più di 300 fogli	5€ (fuori campo IVA)	
Copia della Cartella Clinica di Ricovero	n°	Ricovero ordinario	25€ (fuori campo IVA)	€
		Ricovero Day Hospital	10€ (fuori campo IVA)	
		Cartella con più di 300 fogli	35€ (fuori campo IVA)	
Copia su CD di immagini di prestazioni di Radiodiagnostica (radiologia, medicina nucleare, angiografia, R.M.)	n°		5€ (fuori campo IVA)	€
Copia di certificazioni varie (referti prestazioni ambulatoriali, certificati di morte e di degenza, atto di dichiarazione di nascita e certificato attestante causa di morte, verbale di pronto soccorso, certificazioni relative a pazienti trattati in sede ambulatoriale, ecc.) ed ogni altro tipo di documentazione sanitaria.	n°		5€ (fuori campo IVA)	€

Totale da corrispondere € _____

Verificato il pagamento delle suddette spese effettuato presso/con BIVERBANCA in data ____/____/____ la documentazione sanitaria richiesta viene:

- Consegnata, previa esibizione del documento d'identità al Sig./Sig.ra _____ titolare della documentazione stessa;
- Consegnata, previa esibizione del documento d'identità al Sig./Sig.ra _____ in qualità di delegato, previa verifica dei requisiti di "avente diritto"
- Inviata a domicilio per posta in contrassegno all'indirizzo e destinatario indicati in fase di compilazione della richiesta
- Inviata a domicilio per posta elettronica/PEC con le modalità indicate in fase di compilazione della richiesta.

La documentazione viene inviata per posta in contrassegno con tariffa comprensiva dei costi:

- di riproduzione e spedizione pari a € _____

 (data)

 (firma per esteso dell'incaricato alla consegna)

 (firma per esteso del ricevente)