

OSPEDALE A. ANGELUCCI – SUBIACO
MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a Prov. Il Residente a

Prov. Via/Piazza n. Cap.

Codice fiscale Telefono

Email

in qualità di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> intestatario della cartella clinica | <input type="checkbox"/> tutore |
| <input type="checkbox"/> delegato | <input type="checkbox"/> legale rappresentante |
| <input type="checkbox"/> genitore del minorenne (con il consenso dell'altro genitore) | <input type="checkbox"/> erede (con autocertificazione) |

DATI DEL PAZIENTE (se persona diversa da chi effettua la richiesta)

Cognome Nome.....

Nato/a Prov. Il Codice fiscale

Chiede il rilascio di n. copia cartacea conforme della documentazione sanitaria relativa a:

- Cartella clinica Ricovero ordinario Day hospital Accesso Pronto Soccorso

nel reparto di nei giorni dal al.....

Prima copia gratuita, copie successive costo € 10,33

- Verbale di Pronto Soccorso per accesso effettuato nei giorni dal al.....
costo € 5,16

- Certificato di degenza: con diagnosi senza diagnosi
costo € 0,52

- Documentazione sanitaria su supporto digitale (CD/DVD)
costo € 5,00

Per il ritiro della documentazione:

presso l'Ufficio cartelle cliniche (lun – merc – ven dalle 9.30 alle 13.30; tel. 0774.8115319)

spedire al seguente indirizzo a m/posta prioritaria (spese di spedizione € 8,09)

Nome e cognome del destinatario

Via/piazza n. Cap

Città Prov. Telefono

Accetto consapevolmente che il recapito della suddetta documentazione avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza del Codice Postale che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).

Sono consapevole che la documentazione sanitaria richiesta sarà disponibile per 90 giorni, trascorsi i quali se non ritirata verrà distrutta e nell'eventualità di nuova richiesta dovrò effettuare un nuovo pagamento.

Data

Firma
(per esteso e leggibile)

Informazioni sulla richiesta.

Il presente modulo:

- può essere consegnato al CUP dove contestualmente si potrà effettuare il pagamento oppure

- può essere inviato per email a urpsubiacoh@aslroma5.it allegando:

1. modulo richiesta

2. copia dell'avvenuto pagamento tramite bollettino postale (comprensivo di eventuali spese di spedizione) intestato a: ASL Roma 5 - Servizio Tesoreria c/c postale n. 66197138 causale: richiesta cartella clinica + nome del paziente

3. copia del documento d'identità.

La richiesta sarà evasa entro 15 gg. dalla data di presentazione del modulo e dell'avvenuto pagamento (eventuali ritardi sono da imputarsi esclusivamente a esigenze interne al reparto medico di competenza).

Per il ritiro presso l'Ufficio cartelle cliniche la copia sarà consegnata al titolare della richiesta o a persona delegata munita di delega firmata, documento d'identità sia del delegato che del delegante.

Da compilare a cura del personale incaricato

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato

Data

Firma.....