



REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA 5
 PRESIDIO OSPEDALIERO TIVOLI



MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Data richiesta: ____/____/____

Il/la sottoscritto/a: cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

Codice Fiscale _____

Recapito Telefonico _____ cell. _____

E-mail: _____

In qualità di **intestatarario della documentazione**

Oppure

- delegato
- genitore esercitante la potestà (consenso dell'altro genitore)
- tutore
- legale rappresentante
- erede (in possesso dell'autocertificazione)

di: (dati personali del paziente)

cognome _____ nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a a _____ il ____/____/____

CHIEDE

Il rilascio di n° _____ copia/e conforme/i della documentazione sanitaria relativa a:

- Cartella clinica relativa al ricovero ordinario/ Day Hospital/Day Surgery
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso il reparto di _____
- verbale/ referto Medicina D'Urgenza/P. Soccorso effettuato in data ____/____/____
- Cartella di Pronto Soccorso relativa al ricovero effettuato in data ____/____/____

- Non è previsto alcun pagamento per il rilascio della prima copia della cartella clinica.

- Per ulteriori copie è previsto il pagamento anticipato di un ticket secondo le seguenti modalità (da indicare):

- ritiro presso il CUP del Presidio Ospedaliero di Tivoli € 10,33 cartacea
- per ricoveri nella UO di Medicina D'Urgenza/P. Soccorso (versione esclusivamente cartacea) € 10,33 (presso il CUP)
- invio copia a domicilio (*) a mezzo Posta Raccomandata € 8,09 aggiuntive

(*)Specificare l'indirizzo al quale inviare la documentazione sanitaria richiesta e copia del documento di identità

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

Città _____ Prov _____

Tel. Fisso _____ cell. _____

Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della Posta Raccomandata anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es.: familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc..).

- E' anche possibile richiedere, la consegna della copia della Documentazione Sanitaria in urgenza, con ritiro entro massimo 7 giorni dalla richiesta, esclusivamente per motivate e documentate ragioni di carattere sanitario, (escluso casi di ritardo dovuti all'archiviazione da parte delle Unità Operative, o COD. 5, o COD. 8).***

N.B.: ALL'ATTO DEL RITIRO IL DELEGATO DOVRA' OBBLIGATORIAMENTE PRESENTARE UN PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO E UN DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO, IN FOTOCOPIA, DEL DELEGANTE (che verrà ritirato dall'operatore incaricato, al momento del rilascio della documentazione richiesta).

E' consapevole, che la documentazione sanitaria richiesta (copia cartella clinica), **sarà disponibile per 90 giorni** dalla data di consegna e che superato il suddetto periodo, la stessa, verrà distrutta e sarà necessario richiederla e pagarla nuovamente.

Data ____/____/____

Firma _____

(per esteso – leggibile)

Il modulo di richiesta copia della cartella clinica e degli allegati:

- può essere consegnato di persona, presso lo sportello CUP di Presidio dal lunedì al venerdì dalle ore 7,30 alle ore 16,15, il sabato dalle ore 7,30 alle ore 12,30 (o da altra persona munita di delega fotocopia del documento d'identità del delegante)
- può essere inviato via mail al seguente indirizzo cartellecliniche.tivoli@aslroma5.it, unitamente a fotocopia del documento d'identità del richiedente e alla copia dell'avvenuto pagamento tramite bollettino postale (comprensivo di eventuali spese per carattere di spedizione) intestato a **ASL Roma 5 -Servizio Tesoreria c/c postale n° 66197138 – causale obbligatoria: richiesta cartella clinica del paziente (indicare cognome e nome).**

Si ricorda che per le copie successive alla prima deve essere effettuato il pagamento dell'importo dovuto e presentato contestualmente al modulo di richiesta.

Entro 30 giorni dalla richiesta di carattere ordinario (escluso casi di ritardo dovuti all'archiviazione da parte delle Unità Operative, o COD. 5, o COD. 8), la copia della cartella clinica sarà consegnata, di persona, esclusivamente all'interessato o ad altra persona munita di delega, documento d' identità e fotocopia del documento di identità dell'interessato, già consegnato all'atto della richiesta o al momento del ritiro.

N.B.: il ritiro della modulistica necessaria può avvenire, di persona, presso lo sportello CUP del Presidio Ospedaliero, negli orari e nei giorni sopra indicati, oppure può essere scaricata attraverso il sito internet Aziendale (www.aslroma5.it).

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO:

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

Cognome e nome operatore _____ Firma _____

Data ____/____/____