

MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA
Uff. Cartelle Cliniche Schiavonia Tel: 0429 715718 – 5719 e-mail: cartelle.cliniche@aulss6.veneto.it

La/Il sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL : _____ COD. FISCALE _____
RESIDENTE A : _____ CAP: _____ PROV.: _____
IN VIA/PIAZZA: _____ NUMERO: _____
RECAPITO TELEFONICO _____ E-MAIL _____
DOCUMENTO DI IDENTITA': carta identità passaporto patente NUMERO: _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/25.12.2000 e s.m.i.

IN QUALITA' DI (barrare la voce che interessa):

- TITOLARE
 EREDE LEGITTIMO/TESTAMENTARIO IN QUANTO: FIGLIO CONIUGE ALTRO: _____
 GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' GENTORIALE
 DELEGATO
 TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Dati dell'Intestatario della cartella (non compilare se la persona richiedente è intestataria della cartella)

COGNOME _____ NOME _____
LUOGO E DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

Cartella Clinica

Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____
Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____
Ricovero dal _____ al _____ REPARTO DI: _____

Verbale / OBI Pronto Soccorso del : _____

Cartella Ambulatoriale del : _____

CD radiologici (immagini) delle seguenti indagini diagnostiche:

1. _____ del: _____
2. _____ del: _____

supporto diverso dai CD radiologici (coronarografie, lastre, cassette emodinamica):

referto esame autoptico, decesso avvenuto in data : _____

spese postali per l'invio della documentazione al domicilio _____

N.B.: allegare copia fronte/retro del documento di riconoscimento dell'intestatario della documentazione

Si precisa che la richiesta di copia di documentazione sanitaria si intende perfezionata solo ad avvenuto pagamento anticipato delle tariffe previste dall'ULSS 6 Euganea per il servizio di copia/duplicato, da eseguirsi entro 3 giorni dalla richiesta, e che pertanto il termine di 30 giorni previsto per il rilascio della documentazione richiesta, decorrerà dalla data di pagamento.

Tariffe

- Copia di cartella clinica: € 25,00 per ciascun episodio di ricovero
- Copia di documentazione sanitaria: verbale / OBI Pronto Soccorso € 8,00 per ciascun accesso
- Copia di documentazione sanitaria: cartella ambulatoriale , Cert. ricovero € 5,00 per ciascun accesso
- Duplicato di CD radiologici € 9,00 cadauno
- Duplicato di supporto diverso dai CD (coronarografie, lastre, cassette emodinamica) € 15,00 cadauno
- Spese postali per l'invio della documentazione al domicilio € 10,00 per ciascun plico inviato

CHIEDE INOLTRE
CHE LA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE AVVENGA CON LE SEGUENTI MODALITA'

Ritiro allo sportello

Ai fini del ritiro, delego la seguente persona:

La Sig.ra / Il Sig. _____ nata/o il : _____

Firma del delegante: _____

Che dovrà presentarsi allo sportello con i documenti di identità del DELEGATO e del DELEGANTE

Spedizione tramite Raccomandata A/R: autorizzo la spedizione al seguente indirizzo, esonerando l'Amministrazione da ogni responsabilità relativa ad imprevisti postali, **avendo già pagato la tariffa di €10 stabilita per le spese di spedizione.**

DESTINATARIO: _____

COMUNE DI: _____ PROVINCIA: _____

VIA/PIAZZA: _____ NUMERO: _____ CAP: _____

Il sottoscritto 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 anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ulss 6 Euganea. Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 "GDPR", l'interessato ha diritto di chiedere all'Azienda di accedere ai suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o di limitarne il trattamento, se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati forniti, solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul consenso o sul contratto.

Data: _____ Firma del richiedente: _____



Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA
www.aulss6.veneto.it - P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it
Via Enrico degli Scrovegni n. 14 - 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

Presentarsi allo sportello muniti di entrambi i documenti di identità

DELEGA

Io sottoscritt
nat. a
residente a
in via n.

DELEGO

J.. Sig.
nat. a
residente a
in via n.

AL RITIRO DELLA PROPRIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Autorizzo l'Azienda al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" per gli scopi connessi al presente documento

FIRMA DEL DELEGANTE

Documento di riconoscimento n.

FIRMA DEL DELEGATO

Documento di riconoscimento n.

DATA RITIRO

N.B: Presentarsi muniti dei documenti di riconoscimento validi