

MODULO RICHIESTA COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Si segnala che sull'informativa 00 – Inf DM 03 *Foglio informativo - Modalità di richiesta e ritiro di copia conforme di documentazione clinica* sono indicate tutte le informazioni utili per effettuare la richiesta di copia conforme di documentazione clinica.

Si ricorda all'utente che la produzione in copia della documentazione sanitaria avrà luogo SOLO PREVIA PRESENTAZIONE DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO LADDOVE NECESSARIO (per l'importo da corrispondere e i casi in cui è necessario vedere relativo tariffario sul modulo informativo).

Nel caso in cui la richiesta venga inviata tramite e-mail, allegare quietanza comprovante l'avvenuto pagamento e fotocopia di documento d'identità in corso di validità o equipollente.

In caso di documentazione incompleta non si procederà con la riproduzione richiesta.

Le richieste cui seguirà il ritiro da parte di persona delegata dovranno essere corredate da delega scritta e copia del documento di identità dell'intestatario della documentazione e del delegato.

All'ASST Valtellina e Alto Lario Presidio di _____

Il/lasottoscritto/a _____

Nato/ail _____ a _____ Prov _____

Residente a _____ via _____ n. _____

CAP _____ Prov _____ n.tel _____

Documento di Identità _____ n. _____

Rilasciato da _____ allegato in fotocopia

in qualità di:

Intestatario maggiorenne della documentazionerichiesta

Genitore di minore titolare della responsabilità genitoriale

Persona esercente la la responsabilità genitoriale

allegare copia non autenticata del provvedimento costitutivo del Giudice Tutelare che certifica lo stato di affidamento del minore o autocertificazione e documento d'identità e codice fiscale validi (o copie non autenticatedel minore

Tutore/curatore dell'intestatario interdetto o inabilitato o di minore o di minore emancipato

allegare copia non autenticata del provvedimento costitutivo o autocertificazione e documento d'identità e codice fiscale validi (o copie non autenticatedell'intestatario della documentazione

Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

allegare copia non autenticata del provvedimento costitutivo o autocertificazione e documento d'identità e codice fiscale validi (o copie non autenticate) dell'intestatario della documentazione

Erede legittimo/erede testamentario

allegare certificato di morte del paziente e atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Altra persona

allegare delega firmata dal richiedente (intestatario, genitore di minore, persona esercente la potestà genitoriale, tutore/curatore, amministratore di sostegno, erede legittimo/testamentario) e documento di identità e codice fiscale validi (o copie non autenticate) del richiedente.

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DEL SIGNOR/SIGNORA:

Cognome _____ Nome _____

Nato/ail _____ a _____ Prov. _____

Copia cartacea di cartelle cliniche complete

Copia digitale di cartelle cliniche complete: indirizzo PEC _____

Relative ai seguenti ricoveri:

Dal __/__/__ al __/__/__ Presidio _____ Reparto _____ C.C.# _____

Dal __/__/__ al __/__/__ Presidio _____ Reparto _____ C.C.# _____

Dal __/__/__ al __/__/__ Presidio _____ Reparto _____ C.C.# _____

Dal __/__/__ al __/__/__ Presidio _____ Reparto _____ C.C.# _____

Copia di altra documentazione sanitaria:

Referto **ambulatoriale**

Verbale di **Pronto Soccorso**

Riproduzione di 1 o più RX

Riproduzione di 1 o più TAC/RMN

Prestazione _____ effettuata il _____

c/o il servizio _____ Presidio di _____

Prestazione _____ effettuata il _____

c/o il servizio _____ Presidio di _____

Prestazione _____ effettuata il _____

c/o il servizio _____ Presidio di _____

Ricevuta di pagamento allegata laddove dovuta

MODALITA' DI RITIRO

Spedizione all'indirizzo sopra riportato o in alternativa a:

Signor/a _____

Località _____ via _____ n. _____

CAP _____ Prov. _____ Tel. _____

Ritiro copia cartacea direttamente presso

L'ASST Valtellina e Alto Lario, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679).

Luogo, data _____

Firma del richiedente _____

In caso di minore:

Luogo, data _____

Firma madre _____

Luogo, data _____

Firma padre _____

Firma dell'operatore che ha raccolto la validità dei dati
e ha verificato la completezza della richiesta _____