

Data emissione	Responsabile redazione	Responsabile convalida	Responsabile Approvazione
08/01/2024	Dr.ssa Maura Curello	Dr.ssa Maura Curello	DIREZIONE SANITARIA
I responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura			

DA INVIARE ALL'INDIRIZZO E-MAIL [archivio@valdisieve.it](mailto:archivio@valdisieve.it) o consegnare personalmente presso Ufficio Accettazione

Il/La/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

consapevole/i delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000

**DICHIARA/DICHIARANO**, sotto la propria responsabilità, di essere:

**-EREDE/I LEGITTIMO/I**, (allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione e fotocopia documento di identità),

di \_\_\_\_\_ (cognome e nome della persona cui si riferisce la documentazione richiesta)

**RICHIEDE/RICHIEDONO** la seguente documentazione:

n° ..... copie cartella clinica ricovero ordinario dal ..... al .....  
n° ..... copie cd esami diagnostici eseguiti durante il ricovero

**SPEDIZIONE CARTELLA CLINICA** con raccomandata, da inviare a

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

**RITIRO CARTELLA CLINICA** in sede

Presso il Servizio ritiro cartelle cliniche (Front Office)

. Ritira il Sig./Sig.ra, in qualità di erede dell'intestatario/a della cartella clinica

. Delegato COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI IDENTITA' \_\_\_\_\_

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
<b>MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA PAZIENTE DECEDUTO</b>	MRA- 15-01	A.00 del .....	2 di 2

**DICHIARO/DICHIARANO**, consapevolmente, di **accettare** che il recapito della documentazione si effettui:

- entro 30 giorni dalla data della richiesta;
- secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale;
- che la consegna, tramite poste italiane, avvenga anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.) in una busta chiusa sulla quale sia riportato il nome e l'indirizzo del paziente;
- Per la consegna della documentazione a domicilio o ad altro indirizzo, libero la Casa di cura Valdisieve Hospital S.r.l da ogni responsabilità in merito alla consegna, autorizzandola all'utilizzo dei dati personali (D.Lgs. 101/2018 - Regolamento UE 679/2016;

**SI ALLEGA:**


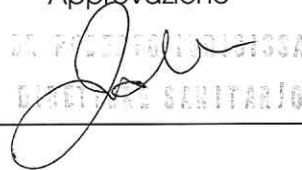
- Copia del documento del richiedente n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
Data della richiesta \_\_\_\_\_ Firma del richiedente/i \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

**CONSEGNA COPIA CARTELLA (PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO)**

Data produzione copia \_\_\_\_\_ Firma operatore \_\_\_\_\_  
Data spedizione tramite corriere \_\_\_\_\_ Firma operatore \_\_\_\_\_  
Data ritiro copia cartella clinica in sede \_\_\_\_\_ Firma operatore \_\_\_\_\_

Firma ritirante \_\_\_\_\_

<p>✓ Convalida</p> 	<p>Approvazione</p>  <p>ASL FROSINONE DIREZIONE SANITARIA</p>
--	--