

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA PAZIENTE DECEDUTO	MRA- 15-01	A.00 del	1 di 2

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 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 RX e/o TAC 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 _____

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

DOCUMENTO DI IDENTITA' _____

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 _____

DISTINTA DI CONSEGNA COPIA CARTELLA

(PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO)

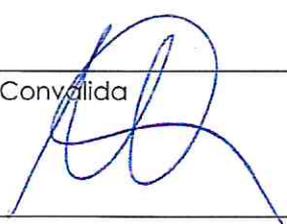
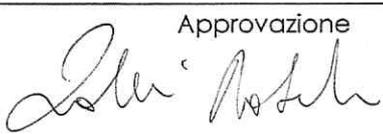
Data produzione copia _____ Firma operatore _____

Data avviso paziente disponibilità documentazione sanitaria in sede _____

Firma operatore _____

Data ritiro copia cartella clinica in sede _____ Firma operatore _____

Firma ritirante _____

<input checked="" type="checkbox"/> Convalida 	Approvazione 
--	--