

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
<b>MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA</b> <u>effettuata da per conto dell'interessato</u> <u>incapace, inabile, interdetto, minore o da terzi</u> <u>su delega interessato</u>	MRA- 15-02	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](mailto:archivio@valdisieve.it) o consegnare personalmente presso Ufficio Accettazione**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, di essere:

- Amministratore di sostegno (munito di nomina Autorità Giudiziaria)
- Tutore legale (munito di nomina Autorità Giudiziaria)
- Curatore del paziente (munito di nomina Autorità Giudiziaria)
- Familiare (specificare grado di parentela) di \_\_\_\_\_ (munito di delega)
- Esercente potestà genitoriale o tutore (in caso di minore)
- Medico Curante/Legale Incaricato o altra persona (munito di delega)

- **RICHIEDE** 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 \_\_\_\_\_ dell'intestatario/a della cartella clinica

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

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

**DICHIARA**, 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;

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
<b>MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA</b> <u>effettuata da per conto dell'interessato</u> <u>incapace, inabile, interdetto, minore o da terzi</u> <u>su delega interessato</u>	MRA- 15-02	A.00 del -----	2 di 2

- 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 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

**DISTINTA DI CONSEGNA COPIA CARTELLA**

*(PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO)*

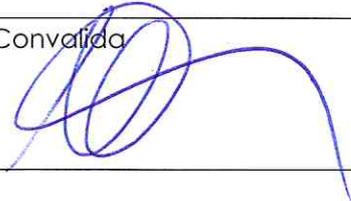
Data produzione copia \_\_\_\_\_ Firma operatore \_\_\_\_\_

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 
--	---