

MODULO PER LA RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DATI DEL RICHIEDENTE:

Il/La sottoscritto/a _____
nata/o a _____ il ____ / ____ / ____ residente a _____
in via _____ tel. _____
doc. di identità (di cui si allega copia) _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445,

CHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI:

DATI DEL PAZIENTE (compilare solo se diverso dal richiedente): ☐ DEL SOTTOSCRITTO (Richiedente)

Cognome _____ nome _____
nato/a a _____ prov. ____ il ____ / ____ / ____ residente a _____
in via _____ n. ____ prov. ____ cap ____
doc. di identità (di cui si allega copia) _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

del quale dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n° 445, di essere:

- ☐ GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE, come da allegata documentazione (modulo autocertificazione)
☐ TUTORE, come da allegata documentazione (modulo autocertificazione)
☐ EREDE LEGITTIMO, come da allegata documentazione (modulo autocertificazione)
☐ INCARICATO, come da allegata documentazione (delega)

PRESSO PRESIDIO OSPEDALIERO

☐ MONALDI

☐ COTUGNO

☐ C.T.O.

☐ CARTELLA CLINICA: AMMISSIONE ____ / ____ / ____ DIMISSIONE ____ / ____ / ____ REPARTO _____

☐ CARTELLA CLINICA: AMMISSIONE ____ / ____ / ____ DIMISSIONE ____ / ____ / ____ REPARTO _____

☐ CARTELLA PACC: AMMISSIONE ____ / ____ / ____ REPARTO _____

☐ IMMAGINI DI RADIODIAGNOSTICA TIPOLOGIA ESAME: _____ EFFETTUATO IN DATA ____ / ____ / ____

☐ IMMAGINI CORONAROGRAFIA _____ EFFETTUATA IN DATA ____ / ____ / ____

☐ REFERTO DI PRONTO SOCCORSO _____ DATA ____ / ____ / ____

IL RILASCIO DELLA PRIMA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA È SEMPRE GRATUITO, salvo eventuali costi sostenuti per la riproduzione di immagini diagnostiche digitali su supporto informatico (es. immagini di radiodiagnostica/ coronariografia su cd) ove tale attività comporti la fornitura di specifici supporti materiali. I costi di seguito indicati sono relativi alle copie successive alla prima.

Il sottoscritto/a si impegna, con la presente, al pagamento dei diritti per il rilascio di quanto sopra richiesto, pari a:

€ 10,00 per ogni cartella clinica fino a 100 pagine --- € 15,00 per ogni cartella clinica oltre 100 pagine

€ 5,00 per ogni cartella PACC --- € 10,00 per CD immagini di Radiodiagnostica

€ 10,00 per CD immagini coronarografia --- € 7,50 per Referto di Pronto Soccorso

tramite **Bonifico Bancario** a favore della Azienda Ospedaliera dei Colli – IBAN **IT43Z0100004306TU0000025881**, con causale: "richiesta copia documentazione sanitaria". La ricevuta del bonifico effettuato, deve essere allegata alla presente richiesta.

Il/La sottoscritt _____ chiede inoltre,
che la documentazione venga spedita a (destinatario): _____

al seguente indirizzo: _____ C.A.P. _____

Lo/a stesso/a si impegna, con la presente, al pagamento aggiuntivo delle spese di spedizione da pagarsi in contrassegno.

L'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI MONALDI – COTUGNO – CTO, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi delle disposizioni del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (D.lgs 30 giugno 2003, n.196), così come modificato dal D.lgs. 101/2018 e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), tratterà i dati comuni e particolari di cui agli artt. 6 e 9 del GDPR e, in particolare, i dati idonei a rivelare lo stato di salute, dei pazienti e di coloro i quali esercitano la potestà genitoriale o legale, in caso di assistiti minori o incapaci, compresi, se richiesto, quelli, del nucleo familiare degli assistiti, o di soggetti individuati per lo svolgimento delle attività amministrative legate ai servizi forniti, per le sole finalità legate allo svolgimento delle attività sanitarie ed istituzionali, a fronte della erogazione delle prestazioni nelle diverse articolazioni organizzative, amministrative e di cura e/o assistenza dell' Azienda.
L'informativa completa, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed ogni altra informazione sul trattamento dei dati personali è disponibile al seguente sito web: www.ospedaledicolli.it/privacy/

Luogo

Data

Il/La Richiedente (firma)

La presente richiesta, corredata dai documenti indicati, deve essere inviata all'indirizzo di posta elettronica:

MONALDI cartellecliniche@ospedaledicolli.it
C.T.O. archiviocto@ospedaledicolli.it
COTUGNO cartellecliniche.cotugno@ospedaledicolli.it

(tel. 081 706 42 43 dalle ore 13 alle ore 14)
(tel. 081 706 83 90 dalle ore 12 alle ore 14)
(tel. 081 706 75 01 dalle ore 10 alle ore 12)