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 ____/____/____

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 ____/____/____

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) .

Lo/a stesso/a si impegna, con la presente, al pagamento dei diritti per il rilascio di detta copia, 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 **IT14S0200803434000101219735**, 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.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03, dichiara di essere stato informato sulle finalità del trattamento dei dati ed autorizza il trattamento, anche con strumenti informatici, dei dati personali contenuti nella presente richiesta, e negli eventuali allegati. _____, li ____/____/____	Il/La Richiedente _____
---	--------------------------------

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

cartellecliniche@ospedalideicolli.it

N.B.: per le cartelle cliniche del **CTO**, inviare la richiesta ad entrambi gli indirizzi :

archiviocto@ospedalideicolli.it e cartellecliniche@ospedalideicolli.it