

AZIENDA OSPEDALIERA SPECIALISTICA DEI COLLI

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 **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.

<p>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, 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.</p> <p>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.ospedalideicolli.it/privacy/</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Luogo</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Data</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Il/La Richiedente (firma)</td> </tr> </table>	Luogo	Data	_____	_____	Il/La Richiedente (firma)	
Luogo	Data						
_____	_____						
Il/La Richiedente (firma)							

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

MONALDI	cartellecliniche@ospedalideicolli.it	(tel. 081 706 42 43 dalle ore 13 alle ore 14)
C.T.O.	archiviocto@ospedalideicolli.it	(tel. 081 706 83 90 dalle ore 12 alle ore 14)
COTUGNO	cartellecliniche.cotugno@ospedalideicolli.it	(tel. 081 706 75 01 dalle ore 08 alle ore 13)