MODULO RICHIESTA COPIA CONFORME DOCUMENTAZIONE SANITARIA

RISERVATO ALL'UTENTE

IO SOTTOSCRITTO

_____ _____
COGNOME NOME

_____ _____
LUOGO E DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

_____ _____
NUMERO CELLULARE INDIRIZZO MAIL

Al presente modulo, compilato e firmato, allegare copia fronte/retro controfirmata di un documento valido di identità del richiedente. L'indirizzo mail e il numero di cellulare qui sopra riportati saranno utilizzati per tutte le comunicazioni a seguire, pertanto chiediamo che vengano scritti con chiarezza.

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace o, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, sarà punito ai sensi del codice penale come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARO DI ESSERE

[ ] PAZIENTE MAGGIORENNE: allegare idonea certificazione solo se minore emancipato;

oppure

[ ] GENITORE TITOLARE DELLA RESPONSABILITA' GENITORIALE DEL PAZIENTE MINORENNE: allegare autocertificazione sostitutiva;

[ ] DELEGATO: allegare richiesta di delega;

[ ] AVENTE DIRITTO: allegare in caso di paziente defunto il certificato di morte e stato di famiglia storico dal quale emerga che il richiedente è il coniuge / figlio, in caso di paziente interdetto o sottoposto ad amministrazione di sostegno allegare copia del provvedimento di nomina del Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno:

_____ _____
COGNOME NOME

_____ _____
LUOGO E DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

CHIEDO COPIA CONFORME DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA

[ ] CARTELLA CLINICA DI RICOVERO degenza ordinaria, day hospital, MAC

[ ] VERBALE DI PRONTO SOCCORSO (se non seguito da ricovero in struttura)

[ ] CD-ROM imaging CORONAROGRAFIA (eseguita durante ricovero)

[ ] CD-ROM imaging TAC, RMN, RX (eseguita durante ricovero)

Ricovero eseguito in onere:

[ ] SSN

[ ] SOLVENZA

Data di accesso ____/____/_____ Data di dimissione ____/____/_____

Reparto _____ Sede _____

MODALITA' DI CONSEGNA

[ ] FORMATO CARTACEO – RITIRO PRESSO LA STRUTTURA

[ ] FORMATO CARTACEO – SPEDIZIONE CON CORRIERE al seguente indirizzo

_____

DESTINATARIO

_____

VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO

_____ _____ _____

CAP CITTA' PROVINCIA

Informazioni importanti:

a. Cartella clinica di ricovero degenza ordinaria, day hospital, MAC

La prima copia conforme è rilasciata a titolo gratuito; in caso di spedizione al domicilio il costo della spedizione è a carico del richiedente.

- Spedizione al domicilio: 24.40€

Copie successive alla prima saranno rilasciate previo pagamento della quota richiesta.

- Ritiro in struttura: 30,50 €
- Spedizione al domicilio: 54.90 €

b. Verbale di Pronto Soccorso (se non seguito da ricovero in struttura)

Le copie conformi saranno rilasciate previo pagamento della quota richiesta.

- Ritiro in struttura: 15,25 €
- Spedizione al domicilio: 39,65€

Si comunica che la copia dovrà essere ritirata presso la Struttura entro 6 mesi; superati i 6 mesi sarà necessario ripetere la pratica di richiesta.

_____ _____

DATA FIRMA

Informiamo che i dati contenuti nella presente richiesta saranno trattati dalla Fondazione "Istituto Auxologico Italiano" IRCCS in qualità di Titolare, esclusivamente per finalità di espletamento della presente pratica amministrativa di consegna della documentazione clinica. Si ricorda che l'informativa completa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è sempre consultabile sul sito istituzionale dell'Istituto Auxologico Italiano, all'indirizzo www.auxologico.it/privacy. La sottoscrizione in calce attesta anche di aver compreso e recepito queste informazioni.

_____ _____

DATA FIRMA

RISERVATO AL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO

Nulla osta al rilascio di quanto sopra richiesto

Il Direttore Medico di Presidio

_____

RISERVATO AD ACCETTAZIONE / RITIRO REFERTI

Quanto sopra richiesto è stata consegnato

al Sig./alla Sig.ra _____

Documento d'identità n° _____

Firma per ricevuta

_____

Si ricorda al personale dell'Accettazione di riconsegnare il modulo agli Uffici preposti.