

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

La copia della cartella clinica può essere fornita al richiedente solo se al momento della richiesta la cartella risulta completa. A norma di legge infatti questa è completa quando contiene **tutti i documenti, inclusi i referti di prestazioni richieste in corso di ricovero**. È comunque possibile ottenere la documentazione sanitaria disponibile al momento della richiesta alla quale farà seguito il documento definitivo.

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ e residente a _____ (_____)
in via/piazza/loc. _____ N. _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____
documento d'identità n. _____ del _____ rilasciato da _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

IN QUALITÀ DI		Allegare
<input type="checkbox"/>	diretto interessato (titolare della documentazione sanitaria, maggiorenne o minore emancipato)	
<input type="checkbox"/>	delegato	<i>delega (MOD007 scaricabile dal sito www.irst.emr.it sezione "Cartella clinica e altri documenti");</i>
<input type="checkbox"/>	tutore	<i>provvedimento di nomina</i>
<input type="checkbox"/>	curatore	<i>provvedimento di nomina</i>
<input type="checkbox"/>	amministratore di sostegno	<i>provvedimento di nomina</i>
<input type="checkbox"/>	erede legittimo	<i>dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà</i>
<input type="checkbox"/>	legale rappresentante	<i>mandato o procura</i>
<input type="checkbox"/>	erede testamentario	<i>dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà</i>
<input type="checkbox"/>	convivente del defunto ai sensi dell'art. 1 della Legge n. 76/2016	<i>certificazioni sullo stato di convivente</i>
<input type="checkbox"/>	persona in unione civile del defunto ai sensi dell'art. 1 della Legge n. 76/2016	<i>certificazioni sullo stato di soggetto in unione civile</i>
<input type="checkbox"/>	coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, o convivente o persona in unione civile del titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000)	<i>dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà certificazioni sullo stato di convivente certificazioni sullo stato di soggetto in unione civile</i>
<input type="checkbox"/>	genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore	<i>dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà</i>
<input type="checkbox"/>	affidatario del minore	<i>provvedimento di nomina</i>
<input type="checkbox"/>	altro _____	

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

da compilare solo se diverso dal richiedente

della/del Sig.ra/Sig. _____ nato/a a _____
il _____ / _____ / _____ Codice Fiscale _____

In caso di cartella clinica completa, il documento sarà disponibile in 7 giorni lavorativi.

In caso di cartella clinica ancora aperta perché non completa la/il sottoscritta/o **esprime la volontà di:**

- attendere la chiusura della cartella clinica: il documento sarà disponibile entro 30 giorni lavorativi;
- ottenere copia della documentazione sanitaria disponibile (entro 7 giorni lavorativi) e ricevere copia della cartella clinica completa (entro 30 giorni lavorativi) **senza dover avanzare ulteriori richieste.**

inerente al/i ricovero/i avvenuto/i presso IRST IRCCS

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

A cura dell'operatore

deg / dh nosologico n° _____

deg / dh nosologico n° _____

deg / dh nosologico n° _____

E CHIEDE DI OTTENERE I DOCUMENTI

- attraverso ritiro allo sportello dell'Accettazione Amministrativa
 - direttamente
 - da persona di fiducia con presentazione di delega (MOD007 scaricabile dal sito www.irst.emr.it sezione "Come richiedere documentazione sanitaria") allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato)

- tramite il servizio postale. In questo caso, al ricevimento l'utente pagherà in contrassegno.

A questo proposito indica l'indirizzo di spedizione:

Sig.ra/Sig. _____

via/piazza/loc. _____ N. _____

CAP _____ città _____ (prov. _____)

*Si informa che i dati saranno trattati da IRST IRCCS, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti.
La/il sottoscritta/o ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 e ss.mm.ii. ad
Oggetto "Codice in materia dei dati personali".*

Data di presentazione della richiesta _____

Firma leggibile del richiedente _____