

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

Data ____/____/____

DICHIARAZIONE PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA URGENTE

da allegare al modulo di richiesta di documentazione sanitaria Ospedaliera

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità

di titolare/avente diritto*

di delegato **

CHIEDE CON URGENZA la copia della cartella clinica

di _____ nato/a _____ il ____/____/____

dimesso il ____/____/____ dall'UO di _____ di _____

DICHIARA

DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA RICHIESTA IN REGIME DI URGENZA PUO' COMPORTARE LA CONSEGNA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA INCOMPLETA E QUINDI NON CHIUSA, IN QUANTO, NON COMPLETATO L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO;

DI ESSERE INFORMATO CHE L'EVENTUALE RILASCIO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA CHIUSA NECESSITA UN'ULTERIRE RICHIESTA E CONSEGUENTE PAGAMENTO DELLA RELATIVA TARIFFA;

- **Di essere informato che ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003:** I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo;
- **Di essere informato che la presente richiesta viene accolta solo se completa in ogni sua parte.**

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

L'OPERATORE U.C.C _____

Da Allegare alla presente :

- 1) copia di documento di identità valido (fronte/ retro) dell'intestatario della cartella clinica o del richiedente se questi è persona avente diritto ma diversa dall'intestatario della documentazione;**
- 2) **se la richiesta viene fatta da persona diversa dall'intestatario della cartella clinica o dagli aventi diritto - la delega per la richiesta/ritiro della documentazione (Mod.n°2/ 2017- DMO Distretto OVEST);**
- 3) *se l'avente diritto è persona diversa dall'intestatario della cartella clinica -la dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi art. 46 DPR 28/12/00 n 445) (Mod. n° 4/2017-DMO Distretto OVEST);**
- 4) copia ricevuta pagamento costo fisso per procedura e diritto di ricerca;**
- 5) copia ricevuta pagamento per richiesta in regime di urgenza .**