



## Cartella clinica: richiesta di copia

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

### DICHIARO DI ESSERE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- il diretto interessato  
 il genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

- il tutore     il curatore     l'amministratore di sostegno

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

- l'erede

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | deceduto/a il | a

### CHIEDO

- la copia della cartella clinica

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

del ricovero presso l'ospedale di (specificare il comune)

- nel reparto di

dal | al | n. (specificare il numero delle copie richieste)

- nel reparto di

dal | al | n. (specificare il numero delle copie richieste)

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- ritirare la copia di persona negli uffici dell'AUSL
- ricevere la copia per posta, con spese a mio carico, all'indirizzo *(specificare solo se diverso da quello già indicato)*

Via

Comune

CAP

Prov.

- fare ritirare la copia a una persona delegata

### ACCETTO DI

- pagare in anticipo la tariffa base di 15 euro per ogni copia e saldare l'eventuale differenza al ritiro o in contrassegno postale *(in caso di invio a domicilio)*
- pagare quanto dovuto per la spedizione della copia a domicilio, se non l'avrò ritirata entro 90 giorni dalla mia richiesta *(pagamento in contrassegno postale per mancato ritiro)*

### ALLEGO

- la ricevuta del pagamento di 15 euro per ogni copia richiesta

### SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma *(per esteso e leggibile)*

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere la copia della cartella clinica

Può presentare la sua richiesta in 3 modi:

- di persona
- per fax
- per posta ordinaria.

**ATTENZIONE!** Se sceglie di presentare la richiesta di persona deve avere con sé un documento d'identità. Se sceglie di inviare la richiesta per fax o per posta ordinaria, deve allegare obbligatoriamente la fotocopia di un suo documento di identità in corso di validità.

### Tariffe

Quando presenta la richiesta deve allegare la ricevuta del pagamento della tariffa base di 15 euro e poi saldare l'eventuale differenza al momento del ritiro.

La copia della cartella clinica ha un costo che si basa sul numero dei fogli:

- 15 euro, fino a 50 fogli
- 25 euro, da 51 a 150 fogli
- 35 euro, oltre i 150 fogli.

### Dove e come pagare

- alle casse automatiche (riscuotitrici) dell'Azienda USL, in contanti, con bancomat e, in alcuni casi, anche con carta di credito: è necessario usare la tessera sanitaria magnetica
- agli sportelli cassa dell'Azienda USL, in contanti, con bancomat o carta di credito: è necessario presentare il modulo di richiesta
- nelle filiali Intesa Sanpaolo, senza commissione bancaria: è necessario presentare il modulo di richiesta
- nelle altre banche con bonifico sul codice IBAN IT23 B030 6902 4771 0000 0046 049 intestato a "Azienda USL Modena", con commissione bancaria: è necessario scrivere la causale della richiesta "copia cartella clinica".

## SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

Tipo e numero del documento di identità
data ritiro documentazione
firma (L'operatore)
firma (Il richiedente)