

Altra documentazione sanitaria (referti, verbali di pronto soccorso, cartelle ambulatoriali o domiciliari): **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 (ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000)

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

il diretto interessato

il genitore (con la responsabilità genitoriale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

il tutore il curatore l'amministratore di sostegno con poteri decisionali sulla salute

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

l'erede

di (nome) | (cognome)

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

CHIEDO

► la copia

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

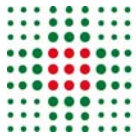
in formato cartaceo

copia semplice

copia autenticata (conforme all'originale)

in formato elettronico (solo copia semplice)

della documentazione sanitaria indicata di seguito:



referto della prestazione ambulatoriale o di laboratorio (specificare il tipo di visita o esame)

| eseguita in data

nella struttura sanitaria (specificare il nome e il luogo)

verbale di pronto soccorso rilasciato in data

dall'ospedale di (specificare il comune)

altra documentazione (specificare, ad esempio: cartella clinica ambulatoriale o domiciliare ecc.)

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ricevere la copia elettronica per posta elettronica certificata
a questo indirizzo PEC (specificare):

ricevere la copia elettronica per posta elettronica ordinaria con file protetto da password
a questo indirizzo (specificare):

a tal fine comunico il numero di cellulare su cui ricevere
la password necessaria ad aprire il file:

ritirare la copia cartacea di persona negli uffici dell'AUSL

fare ritirare la copia cartacea a una persona delegata (compilare anche la parte dedicata alla delega)

ricevere la copia cartacea per posta, con spese postali a mio carico, all'indirizzo (specificare solo se
diverso da quello già indicato)

Via

Comune

| CAP

| Prov.

MI IMPEGNO

a pagare la tariffa prevista, se dovuta, consapevole che in caso di mancato ritiro entro 90 giorni della documentazione da me richiesta l'Ausl provvederà ad avviare il percorso di recupero del credito con aggravio di spese a mio carico

ALLEGO

- la copia di un documento di identità in corso di validità

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

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere la copia della documentazione sanitaria

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica

Tariffe

- **Tariffe per la documentazione sanitaria**

Referti e verbali di pronto soccorso

La copia del referto di una prestazione ambulatoriale e la copia del verbale di pronto soccorso, sia in formato cartaceo (semplice o autenticata) che in formato elettronico, hanno ognuna un costo di 3 euro; la prima copia viene rilasciata gratuitamente in occasione dell'erogazione della prestazione.

La tariffa per la copia di referti è valida anche nel caso di prestazioni effettuate in regime di libera professione.

Cartella clinica ambulatoriale o domiciliare

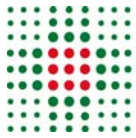
FORMATO	COPIA SEMPLICE	COPIA AUTENTICATA
Cartaceo	Prima copia gratuita Dalla seconda copia in poi: 10 euro ogni copia	- 15 euro fino a 50 fogli - 25 euro da 51 a 150 fogli - 35 euro oltre i 150 fogli
Elettronico	Prima copia gratuita Dalla seconda copia in poi: 10 euro ogni copia	Non prevista

- **Tariffe per le spese di spedizione della documentazione sanitaria in formato cartaceo**

Le spese per la spedizione tramite raccomandata A/R sono proporzionate in base al peso: 10 euro per buste fino a 2 kg; documentazione di peso superiore verrà suddivisa in diverse buste, ciascuna sempre dal peso massimo di 2 kg e dal costo di 10 euro.

Dove e come pagare

Per effettuare il pagamento nei casi previsti, segua le indicazioni riportate sul foglio che le verrà fornito dall'operatore al momento della presentazione della richiesta oppure inviato per posta elettronica. Dopo il pagamento, deve presentare la ricevuta/scontrino con la stessa modalità con cui ha presentato la richiesta e saldare l'eventuale differenza al momento del ritiro. Insieme al foglio di pagamento, conservi la ricevuta/scontrino che può essere usata a fini fiscali ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di legge vigenti.



DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a (nome) _____ | (cognome) _____

delego (nome) _____ | (cognome) _____

▶ a ritirare la copia della documentazione sanitaria che ho richiesto

Firma del delegante

ATTENZIONE! Il delegato deve presentarsi con il proprio documento e con il documento di identità del delegante (originale o fotocopia), entrambi in corso di validità

SPAZIO RISERVATO PER L'ACCETTAZIONE DELLA DELEGA	
Tipo e numero del documento di identità del delegato	
Tipo e numero del documento di identità del delegante	
data	firma (L'operatore)
Firma del delegato (conferma del ritiro della copia di documentazione sanitaria)	