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 responsabilità genitoriale)*

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

☐ in formato cartaceo
☐ in formato digitale

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)*

PER QUESTA FINALITÀ

barrare UNA casella

☐ ai sensi dell'art.15 Regolamento (UE) 2016/679 per verificare l'esattezza, la completezza e l'intelligibilità delle informazioni contenute nella documentazione richiesta, come stabilito dalla sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea 307/22

☐ per una finalità differente che non rientra nella precedente (ad esempio: finalità assicurativa, richiesta di secondo parere, consulto medico, ecc.)

SCELGO DI

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

☐ ritirare la copia cartacea di persona negli uffici dell'AUSL

☐ fare ritirare la copia cartacea a una persona delegata

☐ 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. _____

☐ ricevere la copia digitale, che l'Ausl invierà da posta elettronica certificata (PEC), a questo indirizzo

☐ di posta elettronica certificata – PEC (*specificare*) _____

☐ di posta elettronica ordinaria *(specificare)* _____, consapevole che solo tra indirizzi PEC sono garantite la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

ACCETTO DI

- pagare in anticipo, se dovuta, la tariffa base di 15 euro per ogni copia cartacea (saldando l'eventuale differenza al ritiro o in contrassegno postale in caso di invio a domicilio) o la tariffa di 10 euro in caso di copia digitale
- 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 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 cartella clinica
Può presentare la sua richiesta in diversi modi:
- di persona
- per posta elettronica
- per fax
- per posta ordinaria.

Tariffe

- ***Tariffe per la cartella clinica***
  La prima copia della cartella clinica richiesta, in qualsiasi formato, ai sensi dell'art.15 Regolamento (UE) 2016/679, è gratuita.

  In tutti gli altri casi, si applicano le tariffe indicate di seguito.
  La copia della cartella clinica in formato cartaceo 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.

  La copia della cartella clinica in formato digitale ha un costo di 10 euro.
  Queste tariffe sono valide anche nel caso di ricoveri effettuati in regime di libera professione.

- ***Tariffe per le spese di spedizione della copia di cartella clinica 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; 20 euro per buste di peso superiore.

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 (di 15 euro come tariffa base per ogni copia cartacea o di 10 euro per la copia digitale della cartella clinica) 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.