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 *(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 della cartella clinica

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)*

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 le caselle di interesse 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 copia di cartella clinica 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 cartella clinica
Può presentare la sua richiesta:
- di persona
- per posta elettronica

Tariffe

- ***Tariffe per la cartella clinica***

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

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:
  Indipendentemente che si tratti della prima copia o di copie successive:
  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 (di 15 euro come tariffa base per ogni copia cartacea o di 10 euro per la copia elettronica 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.

DELEGA PER IL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA

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

delego *(nome)* | *(cognome)*

► a ritirare la copia della cartella clinica 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 cartella clinica)*