



## 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*

- 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)

## SCELGO DI

*barrare UNA casella 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 a questo indirizzo di posta elettronica **certificata – PEC** (*specificare*)

## ACCETTO DI

- pagare in anticipo 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](http://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

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.

### Dove e come pagare

Per effettuare il pagamento 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.

## SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL

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