

 ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO	MODULO UNICO D'ISTITUTO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (La presente richiesta è formulata ai sensi dell'art. 4 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901)
---	---	--

La richiesta può essere presentata dall'interessato o da altro soggetto legittimato ai sensi della normativa vigente. La documentazione è rilasciata nei termini e con le modalità previste dall'art. 4 della Legge n. 24/2017.

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a il
residente a Via n.....
Documento di riconoscimento tipo..... n.: rilasciato da
Codice Fiscale Telefono:.....
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 "Norme penali" dello stesso D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara di ESSERE:

- ☐ Interessato (paziente)
- ☐ Esercente la responsabilità genitoriale
- ☐ Tutore
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Curatore speciale
- ☐ Erede o Altro soggetto legittimato
- ☐ Altro (specificare)

CHIEDE IL RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN COPIA CARTACEA RELATIVA A:

Nome e cognome nato/a a il
residente a Via n.....
Codice Fiscale

RIGUARDANTE

- ☐ Copia della cartella clinica relativa al ricovero presso l'unità operativa di
dal al

SE NOTO:

Numero cartella clinica Data dimissione

- ☐ Copia della documentazione clinica relativa a prestazioni ambulatoriali (BIC/MAC) erogate presso l'unità operativa/servizio di
dal al
- ☐ Referto specialistico ambulatoriale di effettuato il
- ☐ Referto radiologico effettuato il
- ☐ Referto di laboratorio analisi, prelievo effettuato il
- ☐ Immagini diagnostiche su supporto digitale (CD)
- ☐ Altro

MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE (RITIRO)

- ☐ presso l'ufficio competente ☐ per raccomandata al seguente indirizzo

Letto, confermato e sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e dichiarando altresì di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta.

data) ____/____/____

Firma leggibile

E' obbligatorio allegare copia di carta d'identità del richiedente.



**ISTITUTO FIGLIE
DI SAN CAMILLO**

**MODULO UNICO D'ISTITUTO
RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

(La presente richiesta è formulata ai sensi dell'art. 4 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)



Sistema Gestione Qualità
Certificato
UNI EN ISO 9001:2015
(nr 501007901)

RIMBORSO DEI COSTI DI RIPRODUZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I rimborsi dei costi amministrativi sono determinati dalla Disciplina d'Istituto vigente.

La documentazione sarà resa disponibile nei termini previsti dall'art. 4 della Legge n. 24/2017.

Prima copia Cartella Clinica	GRATIS (se ritirata di persona)
Dalla seconda copia Cartella Clinica	25,00€
Spedizione Raccomandata	15,00€
Dalla seconda copia CC + spedizione	40,00€
Copia referto cartaceo (Radiologia, ambulatoriale, Laboratorio Analisi, ...)	10,00€
Copia CD Radiologia	10,00€
Copia CD + spedizione	25,00€

Il pagamento può essere effettuato presso il CUP o tramite bonifico bancario sul C/C intestato alla Casa di Cura Figlie di San Camillo IBAN IT 56B0538711240000049603333 inviando copia del bonifico al seguente indirizzo mail ricoveri.bs@figliesancamillo.it unitamente a copia della presente richiesta.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO COMPETENTE

☐ CARTELLA CLINICA N. ☐ COPIA REFERTO SPECIALISTICO ☐ ALTRO

data) ____/____/____

Firma leggibile per il ritiro

☐ inviato via PEC

☐ Inviato via posta in data _____ numero raccomandata Firma operatore.....

DELEGA

Il sottoscritto DELEGA al ritiro Il/la signore/a

(delegato) Documento di riconoscimento tipo n. rilasciato da

..... in data

In caso di delega deve essere consegnata copia del documento di identità del delegante e del delegato.

Data, ____/____/____

Firma leggibile DELEGANTE Firma leggibile Delegato.....

**Per il ritiro della documentazione è obbligatorio presentare al momento del ritiro il documento di identità.
Allegare copia dei documenti di identità in corso di validità.**