



DIREZIONE AREA OSPEDALIERA
Ufficio Cartelle Cliniche
Tel. 0165/543240

MODELLO A

Mail : ufficiocartellecliniche@ausl.vda.it

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E/O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritt _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____

Tel. _____ nella sua qualità di (1):

- INTESTATARIO
- GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' (2)
- TUTORE/CURATORE (2)
- DELEGATO DALL'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA (3)
- EREDE DELL'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA (4)

richiede

- Richiesta prima copia
- Richiesta copia successiva

n. _____ cartella clinica intestata a _____

ricoverat_ presso questo Presidio Ospedaliero nei periodi sottoelencati:

ricovero dal _____ al _____ presso S.C. di degenza _____

cartella n. _____ (dato da inserire da parte dell'ufficio)

per richiedere più cartelle vedi retro

MODALITA' DI RITIRO (5)

a)Spedire al seguente indirizzo: _____

b)Il/La sottoscritt_ si impegna a ritirare la documentazione entro 60 giorni dalla richiesta. Decorso tale termine la documentazione in copia verrà distrutta.

DATA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

- (1) indicare con una croce la qualità che si intende dichiarare
- (2) allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione con firma autenticata dal responsabile del procedimento o fotocopia del documento di identità – MODELLO D
- (3) delega firmata dall'intestatario della documentazione clinica - fotocopie del documento d'identità del delegante e del delegato – MODELLO B
- (4) allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà con firma autenticata dal responsabile del procedimento o fotocopia del documento d'identità – MODELLO E
- (5) indicare con una croce la modalità di ritiro

- n. ___ copia/e della cartella clinica intestata a _____
ricovero dal _____ al _____ presso S.C. di degenza _____
cartella n. _____ (dato da inserire da parte dell'ufficio)
- n. ___ copia/e della cartella clinica intestata a _____
ricovero dal _____ al _____ presso S.C. di degenza _____
cartella n. _____ (dato da inserire da parte dell'ufficio)
- n. ___ copia/e della cartella clinica intestata a _____
ricovero dal _____ al _____ presso S.C. di degenza _____
cartella n. _____ (dato da inserire da parte dell'ufficio)
- n. ___ copia/e della cartella clinica intestata a _____
ricovero dal _____ al _____ presso S.C. di degenza _____
cartella n. _____ (dato da inserire da parte dell'ufficio)
- n. ___ copia/e della cartella clinica intestata a _____
ricovero dal _____ al _____ presso S.C. di degenza _____
cartella n. _____ (dato da inserire da parte dell'ufficio)

ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (certificati di ricovero/dimissione con diagnosi verbale di Pronto Soccorso-esami ematochimici, strumentali, istologici e autoptici):

- n. ___ intestato a _____
del (gg/m/a) _____ presso S.C. di degenza _____
- n. ___ intestato a _____
del (gg/m/a) _____ presso S.C. di degenza _____

DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA:
<i>FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'</i>
<i>RICEVUTA DEL PAGAMENTO DI EURO 15,00 PER OGNI COPIA DI CARTELLA CLINICA RICHIESTA SUCCESSIVAMENTE AL RILASCIO DELLA PRIMA COPIA</i>
<i>RICEVUTA DEL PAGAMENTO DI EURO 5,00 PER OGNI ALTRO DOCUMENTO RICHIESTO</i>

Il pagamento può essere effettuato:

- c/o la Tesoreria dell'Azienda USL
- avvalendosi delle emettitrici di ticket, a disposizione all'interno del Presidio Ospedaliero, digitando il tasto CARTELLE CLINICHE
- tramite versamento su c/c postale n. 10148112 intestato all'Azienda USL Valle d'Aosta – Servizio Tesoreria – indicando come causale: DIRITTO DI ACCESSO - COPIA CARTELLA CLINICA

SE IL RITIRO VIENE EFFETTUATO DA UN TERZO E' NECESSARIO ALLEGARE:

1. DELEGA FIRMATA DALL'INTESTARIO DELLA CARTELLA CLINICA (MODELLO C)
2. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGANTE
3. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DEL DELEGATO