



DIREZIONE AREA OSPEDALIERA
Ufficio Cartelle Cliniche
Tel. 0165/543240 - Fax 0165/543631

Mail : ufficiocartellecliniche@ausl.vda.it

MODELLO A

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E/O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(certificati di ricovero e dimissione con diagnosi-verbali di pronto soccorso-esami ematochimici, strumentali, istologici, autoptici)

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

n. _____ copia/e della 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: _____

Le spese di spedizione sono a carico del destinatario in base alle tariffe postali vigenti.

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:

FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'

RICEVUTA DEL PAGAMENTO DI EURO 15,00 PER OGNI COPIA DI CARTELLA RICHIESTA

RICEVUTA DEL PAGAMENTO DI EURO 5,00 PER OGNI ALTRO DOCUMENTO RICHIESTO

Durante la fase della consegna la Direzione Medica di Presidio provvederà se necessario a comunicare la maggiorazione dell'importo in base alla tariffe presenti sul sito.

Il pagamento può essere effettuato:

- c/o la Tesoreria dell'Azienda USL
- avvalendosi delle emittitrici 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