

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
Tel. 0444 753111 - Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

Data ____/____/____/

DICHIARAZIONE PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA NON AUTENTICATA URGENTE

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità

☐ di titolare/avente diritto*

☐ di delegato *

CHIEDE CON URGENZA la copia della cartella clinica

di _____ nato/a _____ il ____/____/____

dimesso il ____/____/____ dall'UO di _____ di _____

DICHIARA

☐ DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA RICHIESTA IN REGIME DI URGENZA PRIMA DELLA SUA DISPONIBILITA' COMPORTA LA **CONSEGNA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA INCOMPLETA** E QUINDI NON CHIUSA, IN QUANTO, NON COMPLETATO L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO;

☐ DI ESSERE INFORMATO CHE L'EVENTUALE RILASCIO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA CHIUSA NECESSITA UN'ULTERIORE RICHIESTA E CONSEGUENTE PAGAMENTO DELLA RELATIVA TARIFFA;

-Di essere informato che ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti in formatici, esclusivamente per tale scopo;

- Di essere informato che la presente richiesta viene accolta solo se completa in ogni sua parte.

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Da Allegare alla presente :

1) copia di documento di identità valido(fronte/ retro)dell'intestatario della cartella clinica o del richiedente e in caso di delega anche del delegato;

2) modulo di richiesta (Mod.n°1/ 2026 DMO Vicenza);

3) se l'avente diritto è persona diversa dall'intestatario della cartella clinica -la dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi art. 46 DPR 28/12/00 n 445) (Mod. n° 2/2026-DMO Vicenza) e relativa copia del proprio documento di identità ;

4) copia ricevuta pagamento