 Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

**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 - Fax 0444 753809 Mail [protocollo@aulss8.veneto.it](mailto:protocollo@aulss8.veneto.it)

PEC [protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it](mailto:protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it)

[**www.aulss8.veneto.it**](http://www.aulss8.veneto.it)

***Alla Direzione Medica/Ufficio Cartelle Cliniche*  per la sede di VICENZA fax 0444 931187 per la sede di NOVENTA fax 0444 755746**

**MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE COPIA DI**

**□cartella clinica** □Autenticata □ non Autenticata **□cartella ambulatoriale** □Autenticata □ non Autenticata **□verbale di Pronto Soccorso □radiografie(CD)**  **□ Verbale SUEM** **□referto autoptico** □ **vetrini** (*materiale unico da conservare con cura e da presentare in occasione di successivi controlli sanitari)*

**per uso** : □personale □medico □assicurativo □ pensionistico □ invalidità □ legale □altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CON SPEDIZIONE □ URGENTE **□** (*richiesta ad hoc su Mod.3-DMO Distretto Est****)***

**INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE**

**Sig/sig \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_il\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**ricoverato nel reparto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ricoverato nel reparto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ricoverato nel reparto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**deceduto il \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**SI DICHIARA CONSAPEVOLE**  *-*che *ai sensi dell’art. 76 D.P.R. 445/2000*  in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall’Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera(artt 71 e 72 ); -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 che saranno trattati dall’Azienda ulss8 Berica, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo;

***–che la richiesta viene accolta solo se è completa.*** firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Allega alla presente*** *1)copia di documento di identità valido(fronte /retro)del*l’avente *diritto 2) eventuale dichiarazione sostitutiva di certificazione( ai sensi art. 46 DPR 28/12/00 n 445) Mod.n4/2017-DMODistrettoEst 3) copia ricevuta pagamento costo fisso per procedura e diritto di ricerca 4) copia ricevuta pagamento per eventuale richiesta in regime di urgenza*

***Mod.1-DMO Distretto Est- rev 1***