 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

PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it

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

Data\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/

**DICHIARAZIONE PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA URGENTE** *da allegare al modulo di richiesta di documentazione sanitaria Ospedaliera*

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 PUO’ COMPORTARE 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’ULTERIRE 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** r**ichiesta viene accolta solo se completa in ogni sua parte.**

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L’OPERATORE U.C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Da Allegare alla presente*** : ***1****) copia di documento di identità valido(fronte/ retro)dell’intestatario della cartella clinica o del richiedente se questi è persona avente diritto ma diversa dall’intestatario della documentazione;* ***2****) \*\*se la richiesta viene fatta da persona diversa dall’intestatario della cartella clinica o dagli aventi diritto - la delega per la alla richiesta/ritiro della documentazione* ***(Mod.n°2/ 2017- DMO Distretto EST);******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° 4/2017-DMO Distretto EST*);*****4****) copia ricevuta pagamento costo fisso per procedura e diritto di ricerca;* ***5****) copia ricevuta pagamento per richiesta in regime di urgenza .*

***Mod.n°3/2017-DMO Distretto EST***