

**RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA / DOCUMENTAZIONE SANITARIA
AL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP. PATOLOGICHE
DELL'AZIENDA U.S.L. DI PIACENZA**

DATA RICHIESTA |__|_|_|_|_|_|_|_|_|/ DATA CONSEGNA |__|_|_|_|_|_|_|_|_|/

IL TITOLARE DELLA CARTELLA (scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

 _____ cellulare _____ e-mail _____

Il/La Sig./Sig.ra _____

In qualità di: Genitore Figlio Delegato Tutore Erede Amministratore
del titolare della Cartella Clinica sopra indicato

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

 _____ cellulare _____ e-mail _____

– chiede il rilascio di:

COPIA CARTELLA CLINICA

Per ricovero avvenuto presso:

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA in data _____

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Per percorsi terapeutico/riabilitativi e/o prestazioni presso:

RESIDENZA TRATTAMENTO INTENSIVO (ex Villa Speranza) in data _____

RESIDENZE TRATTAMENTO PROTRATTO (Comunità) in data _____

CENTRI SALUTE MENTALE in data _____

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE in data _____

SERT (Servizio per le Dipendenze Patologiche) in data _____

Per uso: personale, medico, assicurativo, legale, altro _____

Specificare se la richiesta è URGENTE: SI NO

QUALORA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA NON FOSSE RITIRATA ENTRO UN MESE DALLA DATA DI DISPONIBILITA' COMUNICATAMI (SALVO ACCORDI DIVERSI INTERVENUTI DURANTE L'ITER DELLA PRATICA), IL SOTTOSCRITTO ACCETTA CHE L'AZIENDA SPEDISCA IN CONTRASSEGNO ALL'INDIRIZZO SOPRA RIPORTATO TALE DOCUMENTAZIONE CON SPESE DI SPEDIZIONE A MIO CARICO (minimo € 11,00 in aggiunta al costo della cartella).

FIRMA (DEL RICHIEDENTE) _____

Documento del richiedente _____ n. _____ del _____

La richiesta è stata accettata dall'operatore _____

Il/La sottoscritto/a, esonerando l'Azienda USL di Piacenza da eventuali responsabilità, **AUTORIZZA LA CONSEGNA IN BUSTA CHIUSA**, di copia della Cartella Clinica / Documentazione Sanitaria al Sig./ra _____ nato/a _____ il _____ che con la presente delego al ritiro. Sono informato che il delegato dovrà essere munito di valido documento di riconoscimento e di ricevuta di pagamento.

FIRMA (DEL RICHIEDENTE LA CARTELLA CLINICA) _____
Documento del Delegato _____ N. _____ del _____

LE RICHIESTE, DEBITAMENTE COMPILATE ED ACCOMPAGNATE DA UNA COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE, POSSONO ESSERE INVIATE VIA FAX AL N° 0523/302291

I costi:

- **Cartella Clinica/Documentazione Sanitaria ordinaria** € 12,90
- **Cartella Clinica/Documentazione Sanitaria URGENTE** € 20,70
- **Certificati/Copia referto Pronto Soccorso** € 5,20

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, _____ CHIEDE, ESONERANDO L'AZIENDA USL DI PIACENZA DA EVENTUALI RESPONSABILITÀ, LA SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

(NOMINATIVO DESTINATARIO) _____

Via _____ n° _____ Città _____ CAP _____

dovrà essere munito di valido documento di riconoscimento e di ricevuta di pagamento.

FIRMA _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato debitamente informato sulle modalità di richiesta, di ritiro, sui tempi e sui costi che mi assumo, per il rilascio della Copia Cartella Clinica/Documentazione Sanitaria. Le spese (comprese quelle postali) sono a mio completo carico, e verranno pagate in contrassegno.

L'importo della spedizione al domicilio in contrassegno varia in funzione del peso con un importo minimo di € 11,00 al quale va aggiunto il costo della riproduzione sopra riportato

DATA (ritiro copia cartella/documentazione sanitaria) |__|_| |__|_| |__|_|_|_|

FIRMA (per ricevuta di chi ritira) _____