

<b>Data richiesta</b>	<b>Data consegna</b>
<b>RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA ALL'AZIENDA USL DI PIACENZA</b>	

**IL TITOLARE DELLA CARTELLA** (scrivere in stampatello)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Il/la SIG/SIG.RA \_\_\_\_\_

in qualità di: ☐ Genitore ☐ Erede ☐ Tutore ☐ Delegato

del titolare della Cartella Clinica sopra indicato

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**ALLEGARE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA O DELEGA****CHIEDE il RILASCIO di:** ☐ **COPIA CARTELLA CLINICA**☐ Copia referto P.S. ☐ Copia Diario Ambulatoriale ☐ Copia Cartellino d'intervento del 118*Per ricovero avvenuto presso il **Presidio Ospedaliero della VAL TIDONE***

U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_

a cura dell'Operatore di Sportello

PASSAGGI INTERNI \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_

a cura dell'Operatore di Sportello

PASSAGGI INTERNI \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PER ULTERIORI RICOVERI VEDI RETRO**per uso: ☐ personale, ☐ medico, ☐ assicurativo, ☐ legale, ☐ altro \_\_\_\_\_**Specificare se la richiesta è URGENTE: SI ☐ + € 15.00 x n° nosologico NO ☐****Le richieste urgenti NON POTRANNO ESSERE EVASE (se non come cartella incompleta) in caso di:**

- **RICOVERO IN CORSO O DIMISSIONE AVVENUTA DA UNA SETTIMANA**
- **VISITE DI CONTROLLO O ESAMI GIA' PROGRAMMATI NON ANCORA EFFETTUATI**
- **ESITI ESAMI NON ANCORA PERVENUTI (es. istologici)**

**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 avvenuto pagamento.

**FIRMA (DEL RICHIEDENTE LA CARTELLA CLINICA)** \_\_\_\_\_

Documento del Delegato \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DATA** (ritiro copia cartella) \_\_\_\_\_ **FIRMA** (per ricevuta di chi ritira) \_\_\_\_\_

**ULTERIORI RICOVERI OLTRE A QUELLI GIÀ INDICATI SUL FRONTE:****Per ricovero avvenuto presso il Presidio Ospedaliero della VAL TIDONE**U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di SportelloU.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di SportelloU.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di SportelloU.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di SportelloU.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di Sportello

**LE RICHIESTE, DEBITAMENTE COMPILATE, ACCOMPAGNATE DA UNA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE, POSSONO ESSERE INViate VIA FAX AL N° 0523/880457 o TRAMITE POSTA CERTIFICATA al seguente indirizzo: [contatinfo@pec.ausl.pc.it](mailto:contatinfo@pec.ausl.pc.it)**

**I costi per ogni singolo numero nosologico (ricovero) sono:****CARTELLA ORDINARIA    € 15,00 fino a 100 fogli    € 22,00 con oltre 100 fogli****SUPPLEMENTO URGENZA    € 15,00****COPIA REFERTO DI PRONTO SOCCORSO    € 8,00****COPIA DI REFERTO DI RISCONTRO DIAGNOSTICO    € 8,00****COPIA DI DIARIO AMBULATORIALE    € 8,00****COPIA CARTELLINO INTERVENTO 118    € 8,00**

**Alla presentazione della richiesta dovrà essere versato l'importo di € 15,00 per ogni copia di cartella richiesta e di € 8,00 per copia Referto Pronto Soccorso, Diario Ambulatoriale e Referto Riscontro Diagnostico**

**IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ CHIEDE, ESONERANDO L'AUSL DI PIACENZA DA EVENTUALI RESPONSABILITÀ, LA SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

(NOMINATIVO DESTINATARIO) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il/la richiedente dichiara di essere stato/a debitamente informato/a sulle modalità di richiesta, di ritiro, sui tempi e sui costi per il rilascio della Copia di Cartella Clinica che mi assumo. Le spese postali (raccomandata A.R.) sono a mio completo carico e verranno pagate anticipatamente.**

**L'addebito della spedizione al domicilio con Raccomandata A.R. può variare in funzione del peso con un importo minimo di € 10,00 al quale va aggiunto il costo della riproduzione sopra riportato**