

**Data richiesta****Data consegna****RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA ALL'AZIENDA USL DI PIACENZA****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**

**C H I E D E 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 GIA' INDICATI SUL FRONTE:  
Per ricovero avvenuto presso il Presidio Ospedaliero della VAL TIDONE**

U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di Sportello \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di Sportello

U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di Sportello

U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di Sportello

U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ N° nosologico \_\_\_\_\_  
a cura dell'Operatore di Sportello

**LE RICHIESTE, DEBITAMENTE COMPILE, ACCOMPAGNATE DA UNA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' 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*

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 RESPONSABILITA', 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.