

**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:

**CERTIFICATI / COPIA REFERTO PRONTO SOCCORSO**

**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) \_\_\_\_\_