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 di ***P I A C E N Z A***

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 di P I A C E N Z A

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 COMPILATE, ACCOMPAGNATE DA UNA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE, POSSONO ESSERE INVIATE VIA FAX AL N° 0523/302330 o TRAMITE POSTA CERTIFICATA al seguente indirizzo: **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 cartella richiesta e di € 8,00 per copia Referto Pronto Soccorso, Diario Ambulatoriale e Referto Riscontro Diagnostico

Il SOTTOSCRITTO _____ **C H I E D E , *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