



Regione Siciliana A.O. Papardo

MODULO RICHIESTA CARTELLA CLINICA

Modulo 1

INSERIRE I DATI DELL'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a (COGNOME).....(NOME).....

Nato/a.....il .../.../.....

Residente.....via.....n.....

Telefono.....Mail.....

Documento di identità: n°.....scadenza.../.../.....

In qualità di (barrare con una X):

- Paziente
- Genitore¹
- Tutore legale¹
- Amministratore di sostegno¹
- Curatore¹
- Erede¹

¹ È necessario integrare alla presente domanda la modulistica specifica indicata nel Modulo INFORMAZIONI GENERALI

CHIEDE COPIA DIGITALE DELLA CARTELLA CLINICA

REPARTO.....ricovero dal .../.../..... al .../.../.....

REPARTO.....ricovero dal .../.../..... al .../.../.....

REPARTO.....ricovero dal .../.../..... al .../.../.....

MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA

RITIRO ALLO SPORTELLO

VIA POSTA al seguente indirizzo: Città.....Via
.....CAP..... Provincia

(L'azienda è sollevata da qualunque responsabilità in caso di smarrimento o apertura del plico da parte di un soggetto diverso dall'interessato)

CON DELEGA al Sig.nato il .../.../.....

Documento d'identitàn°.....Scadenza .../.../.....

I dati dell'intestatario della documentazione sanitaria e dell'eventuale Delegato al ritiro sono trattati, dall'Azienda Ospedaliera Papardo, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati (GDPR 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003), e solo al fine dell'espletamento della presente richiesta.

Il/la sottoscritto/a _____, previa visione dell'informativa, ne autorizza il trattamento.

Data

Firma (richiedente)

Firma (delegato)

Questo modulo va presentato all'Ufficio Cartelle Cliniche anche tramite mail: cartellecliniche@aopapardo.it, allegando fotocopia fronte/retro documento di riconoscimento, fotocopia avvenuto pagamento anticipato di € 15.00 (Si informa che in caso eccezionale di copia cartacea il costo della cartella clinica è di € 15.00 per le prime 100 pagine, dalla pagina 101 in poi € 0,10/pagina). Sarà premura del nostro ufficio informare l'utenza della necessità di eventuale integrazione di spese. Il bollettino deve essere intestato a AOP Prestazioni Ospedaliere - Servizio Tesoreria- causale: documentazione sanitaria n CC postale 15720980 - IBAN IT 89V010051650000000218600 . Se richiesta la spedizione, aggiungere € 20.00. Per comunicazioni telefoniche chiamare tel: 0903996262 -0903996016 dalle ore 8.30 alle ore 12.30

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia