



PRESIDIO OSPEDALIERO DI LIVORNO
MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

All. 1
Rev.
Pubblicato il _____
Prescrittivo dal 28/10/2024
Pag. 1 di 2

Al Direttore Sanitario PO Livorno

RICHIESTA COPIA

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO / OBI CARTELLA CLINICA ESTRATTO DI CARTELLA CLINICA

GENERALITÀ DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome e Nome _____	in vita SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nato/a a _____ il _____	tel. _____
Residente in Via/Piazza _____	Città _____ Provincia _____

DATI RELATIVI AL RICOVERO

Ricovero dal _____ al _____ reparto _____
Ricovero dal _____ al _____ reparto _____
Ricovero dal _____ al _____ reparto _____

GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Residente in Via/Piazza _____ Città _____
Telefono/Cellulare _____

Informato ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/03, che i dati verranno utilizzati esclusivamente per il rilascio di documentazione sanitaria

Avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 38, 46, 47 e 48 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal CPP e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia responsabilità

DICHIARO di essere

TITOLARE (maggiorenne) della documentazione
 GENITORE (esercente la responsabilità genitoriale) (Necessario allegare fotocopia di documento di identità del minore)
 TUTORE ALTRO _____ dell'intestatario della documentazione sanitaria.
 (Necessario allegare idonea certificazione)
 MINORE EMANCIPATO (presentazione idonea certificazione) Atto del Tribunale n° _____ del _____
 EREDE LEGITTIMO dell'intestatario deceduto il _____
 EREDE TESTAMENTARIO dell'intestatario deceduto il _____ n° testamento _____ del _____
 congiuntamente a: _____

Allego alla presente copia fotostatica del seguente documento di identità (in corso di validità, datato e firmato):

_____ numero _____

Rilasciato da _____ il _____

Data e luogo _____ Il Dichiarante _____

Vista la richiesta della documentazione di cui sopra e gli eventuali allegati si prende in carico:

Data e luogo _____ Firma Operatore _____

PRESIDIO OSPEDALIERO DI LIVORNO**MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

All. 1

Rev.

Pubblicato il _____

Prescrittivo dal 28/10/2024

Pag. 2 di 2

MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

I tempi per il rilascio di una cartella clinica sono indicati in 7 giorni, periodo prorogato a 30 giorni qualora impedimenti tecnici motivati o mancanza di referti relativi alle indagini clinico-diagnostiche non permettano la chiusura della cartella clinica.

Chiedo il rilascio della documentazione sanitaria nel seguente formato:

CARTACEO con ritiro presso l'Ufficio Cartelle Cliniche del Presidio Ospedaliero

CARTACEO con invio a mezzo posta al seguente indirizzo:

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ Città _____ Provincia _____

ELETTRONICO

e-mail _____ Cellulare _____

autorizzo che vengano comunicati, con e-mail all'indirizzo di posta elettronica e con SMS/chiamata al numero di cellulare comunicati, gli elementi utili per l'accesso alla copia della documentazione sanitaria richiesta.

Data _____ Firma del richiedente _____

Vista la richiesta e gli eventuali allegati si autorizza il rilascio della documentazione di cui sopra.

Direzione Medica Presidio Ospedaliero

N.B.

Alle richieste inviate a mezzo posta, fax o email l'interessato dovrà allegare copia del proprio documento di identità valido.

Le richieste cui seguirà il ritiro da parte di persona delegata dovranno essere corredate da delega scritta e copia del documento di identità dell'intestatario della documentazione e del delegato.

Al momento della richiesta di copia della cartella clinica in formato cartaceo dovrà essere altresì presentata la ricevuta di pagamento per il contributo spese riferito ad una cartella composta di un numero di pagine fino a 200; laddove il numero sia maggiore prima della consegna verrà richiesto di integrare il versamento come previsto dalle tariffe aziendali in vigore.

Al momento della richiesta di copia elettronica di cartella clinica o verbale di pronto soccorso-obi dovrà essere altresì presentata la ricevuta di pagamento per il contributo spese per costo di la ricerca e visura