

	<p align="center">PRESIDIO OSPEDALIERO DI LIVORNO</p> <p align="center">MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</p>	<p>All. 1 Rev. Pubblicato il _____ Prescrittivo dal 28/10/2024 Pag. 1 di 2</p>
---	---	--

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 _____		
<p>Informato ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/03, che i dati verranno utilizzati esclusivamente per il rilascio di documentazione sanitaria</p> <p>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</p>		
DICHIARO di essere		
<input type="checkbox"/> TITOLARE (maggiorrenne) della documentazione		
<input type="checkbox"/> GENITORE (esercente la responsabilità genitoriale) (Necessario allegare fotocopia di documento di identità del minore)		
<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> ALTRO _____ dell'intestatario della documentazione sanitaria. (Necessario allegare idonea certificazione)		
<input type="checkbox"/> MINORE EMANCIPATO (presentazione idonea certificazione) Atto del Tribunale n° _____ del _____		
<input type="checkbox"/> EREDE LEGITTIMO dell'intestatario deceduto il _____		
<input type="checkbox"/> 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 _____	

Codifica, titolo del documento da cui prende origine rev. 0 prescrittiva dal _____



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