


**MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

 All. 3
 Rev. 1
 Pubblicato il 18/02/2026
 Prescrittivo dal 01/03/2026
 Pag. 1 di 2

Al Direttore Sanitario dell'Ospedale di _____

RICHIESTA COPIA
 VERBALE DI PRONTO SOCCORSO / OBI CARTELLA CLINICA ESTRATTO DI CARTELLA CLINICA CD

GENERALITÀ DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

 Cognome e Nome _____ in vita SI NO
 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 e e ss.mm.ii, 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 (esercitante 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 _____
- coniuntamente a: _____

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

_____ 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 _____



**MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

All. 3
Rev. 1
Pubblicato il 18/02/2026
Prescrittivo dal 01/03/2026
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/CUP del Presidio Ospedaliero

CARTACEO con invio a mezzo posta al seguente indirizzo, con addebito spese di spedizione:

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ Città _____ Provincia _____

ELETTRONICO

e-mail _____ Cellulare _____

pec _____

autorizzo che vengano comunicati, con e-mail all'indirizzo di posta elettronica e/o con SMS/chiamata al numero di cellulare, 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 Sanitaria Presidio Ospedaliero

_____, _____

N.B.

Alle richieste inviate a mezzo posta 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 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.