

RICHIESTA CARTELLA CLINICA OSPEDALIERA

AL DIRETTORE SANITARIO DELL'ASL CN1 DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI

MONDOVI' / CEVA

SAVIGLIANO / SALUZZO / FOSSANO

RICHIEDENTE:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

CHIEDE

IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA

relativa al proprio ricovero

- presso il reparto di _____ Ospedale di _____
periodo dal _____ al _____

relativa al ricovero del/la Sig./Sig.ra

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

- presso il reparto di _____ Ospedale di _____
periodo dal _____ al _____

DICHIARA - ai sensi degli artt. 46 – 47 DPR 445/00 - DI ESSERE

(da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dal richiedente)

- esercente la potestà genitoriale dell'intestatario/a della cartella clinica
- tutore del minore intestatario/a della cartella clinica
- tutore dell'interdetto/a intestatario/a della cartella clinica
- amministratore di sostegno dell'intestatario/a della cartella clinica
- erede dell'intestatario/a della cartella clinica
- coniuge e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute
- figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute
- altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute.

CHIEDE IL RILASCIO

- in forma ordinaria (COSTI PER IL RILASCIO: € 15,00 per la riproduzione della cartella clinica, oltre € 5,00 per la ricerca se trattasi di cartella redatta oltre 10 anni prima dalla presentazione di questa domanda.)
- in forma urgente (COSTI PER IL RILASCIO: € 18,00 per la riproduzione della cartella clinica, oltre € 5,00 per la ricerca se trattasi di cartella redatta oltre 10 anni prima dalla presentazione di questa domanda.)

SCEGLIE DI

- ritirare la copia personalmente o far ritirare la copia da persona delegata
- ricevere la copia per posta, con spese a carico, al seguente indirizzo: (specificare solo se diverso da quello già indicato): Comune _____
CAP _____ Prov. _____ Via _____

ALLEGA

- copia della ricevuta del pagamento – effettuato presso:
- le casse dell'ASL CN1 esclusivamente con bancomat/carte di credito
 - tramite versamento sul C/C Postale 11758125 intestato ad A.S.L. CN1 Via C. Boggio 12 – 12100 CUNEO, con causale "FOTOCOPIE L. 241/90"- dell'importo relativo al costo di rilascio della copia della cartella clinica
 - tramite bonifico bancario con causale "FOTOCOPIE L. 241/90":
Beneficiario: ASL CN1 - Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano
Banca: Banca Regionale Europea, filiale di Cuneo, Via Roma 13/B
Codice IBAN: IT 40K 03111 10201 000000032341
Codice Swift: BLOPIT22 (per i bonifici dall'estero, compresi gli stati extraeuropei)
(se la richiesta viene inviata a mezzo posta oppure trasmessa via fax o via e-mail o recapitata da soggetto diverso dal richiedente)
- fotocopia documento d'identità in corso di validità del sottoscritto richiedente

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi al ritiro della cartella clinica.
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

data _____ firma (per esteso) _____

A cura dell'Ufficio ASL CN1 che riceve la richiesta

Doc. di identificazione _____

Conosciuto dall'operatore _____

Visto si autorizza il rilascio. Il Direttore Sanitario di Presidio _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve al momento della dimissione dalla struttura ospedaliera o in successivo momento per richiedere copia della cartella clinica relativa al ricovero.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La cartella clinica può essere richiesta, alla Direzione Sanitaria del Presidio in cui è avvenuto il ricovero, dal soggetto intestatario della stessa se maggiorenne o minore emancipato o dai suoi eredi (legittimari, legittimi o testamentari).

Se l'intestatario della cartella è minore, essa deve essere richiesta dagli esercenti la potestà genitoriale o dai tutori; se interdetto, dai tutori.

L'amministratore di sostegno può richiedere la cartella per conto del beneficiario solo se espressamente abilitato dal decreto di nomina.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) recapitato personalmente alla Direzione Sanitaria;
- b) inviato tramite posta ordinaria o telefax o mail alla Direzione Sanitaria di Presidio
- c) inviato all'indirizzo PEC dell'ASL CN1: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Avvertenze

- *Alla richiesta inviata con le modalità indicate ai punti b) e c) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente*
- *si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione*

MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA CARTELLA CLINICA

La cartella clinica può essere:

- *ritirata di persona dal richiedente*
- *ricevuta per posta, con spese a carico del richiedente*
- *ritirata da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.*

La modalità scelta per il ritiro va espressamente indicata sul modulo di richiesta della cartella.

TEMPO DI RILASCIO: 30 gg per richiesta ordinaria e 7 gg per richiesta urgente - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it.

RIFERIMENTI:

UFFICIO	TELEFONO	FAX	E-MAIL
Direzione Sanitaria Ceva	0174 / 723 711	0174 / 723 717	dircan.ceva@aslcn1.it
Direzione Sanitaria Fossano	0172 / 699 281	0172 / 699 282	dircan.fossano@aslcn1.it
Direzione Sanitaria Mondovì	0174 / 677 032	0174 / 677 003	dircan.mondovi@aslcn1.it
Direzione Sanitaria Saluzzo	0175 / 215 525	0175 / 215 526	dircan.saluzzo@aslcn1.it
Direzione Sanitaria Savigliano	0172 / 719 117	0172 / 719 124	dircan.savigliano@aslcn1.it