

RICHIESTA COPIA CARTELLA A.D.I.

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di: diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di:

(nome) _____ (cognome) _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme:

- della propria cartella ADI attivata il
- della cartella ADI attivata il relativa al Sig./a
nato/a il residente a Via

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

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

Di essere:

- esercente la potestà genitoriale dell'intestatario della cartella ADI
- tutore del minore dell'intestatario della cartella ADI
- tutore dell'interdetto dell'intestatario della cartella ADI
- amministratore di sostegno dell'intestatario della cartella ADI
- erede dell'intestatario della cartella ADI
- coniuge dell'intestatario della cartella ADI e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella ADI è impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- figlio/a (solo in assenza del coniuge) dell'intestatario della cartella ADI e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella ADI è impedito alla sottoscrizione 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 ADI è impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;

CHIEDE di ricevere la documentazione mediante il servizio postale al seguente indirizzo impegnandosi al pagamento delle relative spese postali da pagare con contrassegno:

.....

SI IMPEGNA al ritiro della cartella ADI

ALLEGA alla presente ricevuta del pagamento effettuato presso le casse o tramite c/c postale n. 11775129 (indicando la causale "Fotocopie L. 241/90") del costo di riproduzione della cartella ADI pari ad € 0,30 a foglio, oltre a € 5,00 per le richieste di accesso relative a cartelle redatte oltre 10 anni prima della formulazione della presente istanza.

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 nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

.....li Firma del richiedente

A cura dell'Ufficio che riceve la documentazione

Doc. di identificazione

Conosciuto dall'operatore

Visto si autorizza il rilascio

Il Direttore del Distretto di

Dott.

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo viene utilizzato per richiedere copia della Cartella ADI.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La richiesta è presentata dall'interessato, o in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) firmato e consegnato di persona ad uno Sportello Distrettuale dell'ASL CN1
- b) firmato e spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza;
- c) firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza

Avvertenze

- Alla richiesta inviata con le modalità indicate al punto b) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente
- se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità dell'intestatario della cartella ADI
- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Ricevuta del pagamento effettuato presso le casse o tramite c/c postale n. 11775129 (indicando la causale "Fotocopie L. 241/90") del costo di riproduzione della cartella ADI pari ad € 0,30 a foglio, oltre a € 5,00 per le richieste di accesso relative a cartelle redatte oltre 10 anni prima della formulazione della presente istanza.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il Personale del Distretto territorialmente competente, in seguito a verifica di conformità della richiesta ed autorizzazione al rilascio da parte del Direttore di Distretto, provvede all'invio della documentazione, secondo le modalità indicate nel modulo stesso.

TEMPO DI RISPOSTA:

5 giorni lavorativi se trattasi di cartella ADI in corso d'anno;
10 giorni lavorativi se trattasi di cartella ADI a deposito.

RIFERIMENTI

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/assistenza-domiciliare/
------------------	---