

# MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

M.PO52.AN.FE.AP.M01



Prof. n° ..... Registro n° ..... Fogli n° .....

**COPIA CARTELLA CLINICA**

**COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PUNTO PRIMO INTERVENTO/OBI**

Altro, specificare.....

**Intestatario documentazione sanitaria**

Sig/ra..... nato/a..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente..... Via..... n°.....

CAP..... Comune ..... Prov..... Telefono.....

Ricoverato nell'U.O..... dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**A** **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 DPR 28/12/2000 n°445)**  
(da compilare se il richiedente è persona diversa dall'intestatario della documentazione sanitaria)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente..... Via..... n°.....

CAP..... Comune ..... Prov..... Telefono.....

**DICHIARA di essere: GRADO DI PARENTELA** .....

**TUTORE:** SI  NO

*consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n°445 e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità*

Letto, confermato e sottoscritto

Ancona lì, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il Dichiarante\*.....

**B** **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 DPR 28/12/2000 n°445)**  
(da compilare se la documentazione sanitaria richiesta è relativa ad un paziente **DECEDUTO**)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente..... Via..... n°.....

CAP..... Comune ..... Prov..... Telefono.....

**DICHIARA di essere LEGITTIMO/A EREDE** .....

del/la Sig/ra.....

deceduto/a..... in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*e come tale EREDE legittimo avente diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi e di avere l'assenso di altri eredi assumendone tutte le eventuali responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/2000 n°445*

Letto, confermato e sottoscritto

Ancona lì, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il Dichiarante\*.....

**Il Dichiarante esibisce documento:**  C.I.  Patente  Passaporto n°.....

*Il richiedente si impegna a ritirare il Documento entro 10 giorni da quando è pronto per la consegna. In caso di mancato ritiro accetta che gli venga spedito a domicilio con spese postali a suo carico, prende atto di dover pagare ai sensi dell'art.6 punto8 della Legge n°407 del 29/12/1990, l'intero importo della copia in caso di mancato ritiro.*

Ancona lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del RICHIEDENTE .....

Firma dell'impiegato.....

**Indirizzo per la spedizione:**

Sig/ra.....

Via..... n°..... CAP.....

Comune ..... Prov.....

**\*NB**

*E' indispensabile allegare FOTOCOPIA di un DOCUMENTO VALIDO. Le richieste PRIVE di tale fotocopia NON POTRANNO ESSERE EVASE*

# COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

## MODALITÀ DI RICHIESTA

La richiesta di fotocopia della cartella (Documentazione) clinica non può essere inoltrata prima del giorno di dimissione e può essere fatta:

- ☞ **DIRETTAMENTE DALL'ASSISTITO**, presso l'Ufficio Accettazione Amministrativa- Ufficio Ticket-Sportello **RICOVERI-COPIE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**, presentandosi con un **documento di identità valido**
- ☞ **da un FAMILIARE**, presso l'Ufficio Accettazione Amministrativa- Ufficio Ticket- Sportello **RICOVERI-COPIE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**, presentandosi in possesso di **delega con allegate fotocopie dei documenti di identità validi**  
Compilazione **MODULO RICHIESTA** RIQUADRO **A** + **MODULO DELEGA**
- ☞ **dall'INTERESSATO A MEZZO POSTA o FAX** mediante richiesta **in carta libera** completa di:
  - Dati anagrafici dell'assistito
  - Data di entrata e dimissione
  - Unità Operative nelle quali il cittadino è stato ricoverato e firma (occorre inviare allegata alla richiesta, la fotocopia di un documento di identità valido).
- ☞ **dal MEDICO CURANTE** mediante **richiesta consegnata a mano o spedita all'Archivio** specificando in ogni caso:
  - Dati anagrafici dell'assistito
  - Data di entrata e dimissione
  - Unità Operative nel quale il cittadino è stato ricoverato

### In caso di:

- ☞ **ASSISTITO DECEDUTO** può essere fatta richiesta direttamente dall'**erede legale** all'Ufficio Accettazione Amministrativa- Ufficio Ticket, munito di **un documento di identità valido oppure tramite posta o FAX**, in quest'ultimo caso tale richiesta deve essere inoltrata dall'**erede legale con firma autenticata**  
Compilazione **MODULO RICHIESTA** RIQUADRO **B**
- ☞ **ASSISTITO INCAPACE DI INTENDERE E VOLERE o INTERDETTO** la richiesta deve essere inoltrata **dal tutore** presentando all'Ufficio Accettazione Amministrativa- Ufficio Ticket il modulo compilato, **dietro presentazione di un documento valido**  
Compilazione **MODULO RICHIESTA** RIQUADRO **A**
- ☞ **ASSISTITO MINORENNE** la richiesta deve essere inoltrata **dal genitore o da chi esercita la patria potestà**, munito di **un documento valido, oppure tramite posta o FAX, con firma autenticata (occorre inviare allegata alla richiesta fotocopia di un documento di identità valido)**.  
Compilazione **MODULO RICHIESTA** RIQUADRO **A**

## MODALITÀ DI RILASCIO

- ☞ Il rilascio di copia di documentazione clinica **presso l'ARCHIVIO** avviene solo in presenza dell'interessato in possesso di **un documento di identità valido**, oppure tramite un **suo delegato** munito di **documento di identità valido**  
Compilazione **MODULO DELEGA**
- ☞ Il rilascio di copia di documentazione clinica richiesta tramite il **MEDICO CURANTE** **deve essere spedita in contrassegno postale all'avente diritto**; nel caso in cui si presenti regolare delega scritta dell'interessato **con allegata fotocopia di un documento di identità valido**, è possibile rilasciare o spedire la documentazione clinica a terzi ivi compreso il medico curante.  
Compilazione **MODULO DELEGA**

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento dovrà essere effettuato al momento della presentazione presso l'**Ufficio Accettazione Amministrativa-Ufficio Ticket-Sportello RICOVERI-COPIE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**, del modulo di richiesta, **o se spedita, tramite contrassegno postale.**

**Indirizzo ed Informazioni:** ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE ● INRCA Presidio Ospedaliero di Ricerca Ancona Via della MONTAGNOLA, 81 - 60100 ANCONA ● Telefono 071.8003339 ● FAX 071.8003539

**NB.** Si precisa che la consegna della fotocopia della documentazione clinica non può avvenire al momento della richiesta ma successivamente