

☐ P.O. G. Rodolico

☐ P.O. San Marco

MODULO RICHIESTA/RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____, residente in _____
via _____, n° _____ Cod. Fiscale _____
documento di riconoscimento n° _____ rilasciato il _____ da _____
Tel. _____ mail _____

Ai sensi dell'art 47 del DPR 445/2000 (Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà), sotto la propria responsabilità e consapevolezza delle sanzioni penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR n° 445/2000.

DICHIARA

di essere:

☐ **Titolare** della documentazione sanitaria (se maggiorenne), di cui si chiede copia/ritiro;

☐ **Legittimato a richiedere / ritirare** la copia della cartella clinica / documentazione sanitaria di:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ via _____ n. _____

CF _____ in qualità di:

☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale ovvero genitore affidatario del minore suindicato;

☐ Tutore/Curatore del soggetto suindicato. In tal caso specificare ATTO n. _____

del _____ rilasciato da _____

☐ Delegato (*allegare atto di delega e copia documento di identità del delegato e del delegante*)

☐ Erede del Sig./Sig.ra COGNOME _____ NOME _____ deceduto

il ____/____/____, (specificare il grado di parentela ☐ coniuge ☐ figlio ☐ ascendenti ☐ altro: _____)

☐ Altro soggetto titolare di un interesse giuridicamente tutelato collegato ai documenti richiesti (allegare alla presente istanza una dichiarazione o un documento che dimostri l'esistenza di tale interesse)

CHIEDE

Copia della documentazione sanitaria relativa a:

☐ **Ricovero ordinario**

☐ **Ricovero DH/DS**

☐ **Day Service**

☐ **Accesso al Pronto Soccorso**

- U.O. _____ Periodo dal _____ al _____

- U.O. _____ Periodo dal _____ al _____

- U.O. _____ Periodo dal _____ al _____

☐ Chiede, inoltre, **copia CD/DVD*** degli esami di diagnostica per immagini relativi al proprio ricovero

AUTORIZZA il rilascio della suddetta documentazione

☐ In copia cartacea da ritirare presso lo sportello

☐ In copia cartacea a mezzo raccomandata* al seguente indirizzo:

via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____

☐ In copia, formato pdf, all'indirizzo PEC* _____

(Nel caso di rilascio a soggetto diverso dall'intestatario, è obbligatorio presentare il modulo di delega e copia dei documenti di identità)

Il sottoscritto/a è pienamente consapevole delle responsabilità civile/penale che si assume con il ritiro della documentazione predetta, vincolato/a dal segreto di riservatezza.

Si allega alla suddetta richiesta copia di valido documento di identità.

***Sono previsti costi aggiuntivi**

Il Dichiarante

Catania, _____

Il sottoscritto/a dichiara a tale scopo di avere preso visione del documento "Richiesta di copia di documentazione sanitaria – Informativa sul trattamento dei dati" ed autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del R.E. 2016/679, l'amministrazione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico – S. Marco" di Catania al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente, per le finalità espresse.

Inoltre è consapevole che, trascorso un anno dalla richiesta e riproduzione, le cartelle cliniche non ritirate verranno eliminate.

Il Dichiarante

Catania, _____

Spett.le UFFICIO CARTELLE CLINICHE
A.O.U. Policlinico - "G. Rodolico – San Marco"

☐ P.O. "G. Rodolico"

☐ P.O. "San Marco"

ATTO DI DELEGA PER RICHIESTA/RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____

Documento di identità _____ n° _____

Rilasciato da _____ il _____

In qualità di avente diritto

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

Documento di identità _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

- ☐ alla **RICHIESTA** della documentazione sanitaria
- ☐ al **RITIRO** della documentazione sanitaria
- ☐ alla **RICEZIONE** della documentazione sanitaria tramite l'indirizzo PEC: _____

Il delegante

Catania, _____

Il sottoscritto autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del R.E. 2016/679, l'amministrazione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente, per le finalità espresse.

Il delegante

Catania, _____

Allegare copia del documento di identità del delegante e del soggetto delegato