

**Alla cortese attenzione del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di: \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

Paziente     Medico curante (nel caso di specialista ospedaliero specificare il reparto \_\_\_\_\_)

Erede Legittimo (\*)     Altro(\*) \_\_\_\_\_

**(\*) i richiedenti dovranno comprovare con apposita documentazione il diritto a richiedere/ricevere copia della documentazione sanitaria**

**Richiede:**     copia cartella clinica  
 copia di esami radiografici  
 altra documentazione clinica \_\_\_\_\_

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

**Ricoveri/Accessi DEA-Ambulatorio**

dal _____	al _____	Reparto _____	N. c. clinica _____
dal _____	al _____	Reparto _____	N. c. clinica _____
dal _____	al _____	Reparto _____	N. c. clinica _____
Data ___/___/___		Firma del richiedente _____	

Firma per autorizzazione del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

**Modalità di ritiro**

<input type="checkbox"/> <b>personalmente allo sportello</b>	<p><b>RIVOLI:</b> sportello ufficio cartelle cliniche (Tel. 011/9551361- 400) dal lunedì al giovedì dalle 09.00 alle 12.00</p> <p><b>PINEROLO:</b> sportello ufficio accettazione ricoveri (Tel. 0121/233337) dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 12.00 e dalle 14.00 alle 15.30</p> <p><b>SUSA:</b> sportello ufficio accettazione ricoveri (Tel. 0122/621341) dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 12.00 e dalle 14.00 alle 15.00</p> <p><b>VENARIA:</b> Direzione Medica (Tel. 011/4991372) dal lunedì al giovedì dalle 8.30 alle 12</p>
--	--

**Spedizione all'indirizzo (con spese di spedizione a carico del destinatario)**

*Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Persona delegata**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ delego al ritiro della documentazione sanitaria richiesta

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

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

**(al momento del ritiro dovrà essere allegata alla richiesta copia del documento di identità del delegato e del richiedente)**

Data \_\_\_\_\_ Firma del delegante \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ La documentazione sarà disponibile dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'interessato all'atto del ritiro \_\_\_\_\_

**Si ricorda che la documentazione sanitaria potrà essere ritirata solo previa presentazione dell'attestato di pagamento del costo di riproduzione<sup>1</sup>, che potrà essere effettuato tramite:  
**Pagamento presso Punto Rosso - Sedi di Pinerolo, Rivoli, Susa e Venaria o mediante bonifico bancario intestato a ASLTO3 - IBAN: IT69 Q030 6930 8701 0000 0309 310****

<sup>1</sup> Cartella clinica In rapporto al n. di pagine: (fino a 50 fogli: 10 Euro; da 51 a 100 fogli: 15 Euro; sopra 101 fogli: 20 Euro); Verbalì DEA 5 Euro; CD Radiografie: 5 Euro.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ (ARTT. 46 – 47 dpr 445/00)**

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

<p><b>DICHIARA ai sensi art. 46 DPR 445/</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>di essere genitore esercente la patria potestà sul minore</b></p> <p>_____</p> <p>Nato/a a _____ il _____</p> <p>Residente in _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>di essere tutore/curatore del minore/interdetto/inabilitato/incapace di sottoscrivere</b></p> <p>_____</p> <p>Nato/a a _____ il _____</p> <p>Residente in _____</p> <p>Di essere in possesso di provvedimento di nomina a _____</p> <p>Prov. N. _____ del _____ che si impegna ad esibire all'atto del ritiro della documentazione o a richiesta dell'Amministrazione</p>
<p><b>DICHIARA ai sensi art. 47 DPR 445/</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>che il/la sig./ra</b> _____</p> <p>Nato/a a _____ il _____</p> <p>Residente in _____</p> <p>è deceduto/a a _____ il _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>di essere legittimato ai sensi dell'art. 536 del Codice Civile in quanto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Coniuge</li> <li>◇ Figlio</li> <li>◇ Genitore</li> <li>◇ Altro ascendente _____ (specificare)</li> <li>◇ Altro discendente _____ (specificare)</li> <li>◇ Di essere l'erede istituito per testamento non impugnato</li> <li>◇ Di essere l'erede legittimo ai sensi dell'art. 572 del C.C. e che non esistono né eredi legittimari né eredi testamentari (specificare il grado di parentela)</li> </ul> <p>_____</p> <p>Che gli altri eredi sono (indicare cognome, nome, data di nascita e grado di parentela con il de cuius)</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p>

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegare documento di identità per le dichiarazioni ai sensi dell'art. 47 DPR 445/00)

**Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/03 si precisa che i dati personali di cui sopra saranno trattati in modo lecito e corretto per la sola finalità del rilascio della copia della cartella clinica.**