

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"/> personalmente allo sportello	RIVOLI: sportello ufficio cartelle cliniche (Tel. 011/9551361- 400) dal lunedì al giovedì dalle 09.00 alle 12.00
	PINEROLO: sportello ufficio cartelle cliniche (Tel. 0121/233337) dal lunedì al giovedì dalle 09.00 alle 12.00
	SUSA: sportello ufficio accettazione ricoveri (Tel. 0122/621341) dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 12.00
	VENARIA: Direzione Medica (Tel. 011/4991372) dal lunedì al giovedì dalle 8.30 alle 12

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 riproduzione¹, 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**

¹ 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>DICHIARA ai sensi art. 46 DPR 445/</p>	<p><input type="checkbox"/> di essere genitore esercente la patria potestà sul minore</p> <p>_____</p> <p>Nato/a a _____ il _____</p> <p>Residente in _____</p> <p><input type="checkbox"/> di essere tutore/curatore del minore/interdetto/inabilitato/incapace di sottoscrivere</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>DICHIARA ai sensi art. 47 DPR 445/</p>	<p><input type="checkbox"/> che il/la sig./ra _____</p> <p>Nato/a a _____ il _____</p> <p>Residente in _____</p> <p>è deceduto/a a _____ il _____</p> <p><input type="checkbox"/> di essere legittimato ai sensi dell'art. 536 del Codice Civile in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Coniuge ◇ Figlio ◇ Genitore ◇ Altro ascendente _____ (specificare) ◇ Altro discendente _____ (specificare) ◇ Di essere l'erede istituito per testamento non impugnato ◇ 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) <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.