

## Cartella clinica: richiesta di copia

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

### DICHIARO DI ESSERE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

il diretto interessato

il genitore (con la potestà legale)

del minore (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

il tutore

il curatore

l'amministratore di sostegno

di (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

l'erede

di (nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| deceduto/a il

| a

### CHIEDO

► Copia autenticata della cartella clinica

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

nel reparto di

Data ricovero dal

al

(Num. SDO

)

nel reparto di

Data ricovero dal

al

(Num. SDO

)

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- ritirare la copia di persona negli uffici dell'Ospedale di Sassuolo Spa
- ricevere la copia per posta, con spese a mio carico (euro 10,00), all'indirizzo *(specificare solo se diverso da quello già indicato)*

Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

- fare ritirare la copia a una persona delegata
- ricevere via e-mail copia della cartella clinica in formato .pdf *(specificare l'indirizzo di posta elettronica a cui inviare la documentazione)*

E-mail o PEC \_\_\_\_\_

### ACCETTO DI

- pagare in anticipo la tariffa base di euro 15,00 per ogni copia -> specificare numero copie cartacee richieste \_\_\_\_\_

### ALLEGO

- la ricevuta del pagamento di euro 15,00 per ogni copia richiesta e delle eventuali spese postali pari a euro 10,00
- Copia del documento di identità del richiedente

### SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Ospedale di Sassuolo Spa effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data \_\_\_\_\_ | firma *(per esteso e leggibile)* \_\_\_\_\_

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <https://www.ospedalesassuolo.it/privacy-policy/>

**LA DOCUMENTAZIONE POTRA' ESSERE RITIRATA DAL \_\_\_\_\_**

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere la copia della cartella clinica

Potrà presentare la sua richiesta:

- di persona, presso la segreteria di Direzione Sanitaria dal lunedì al venerdì dalle 08:30 alle 12:30
- via fax, 0536/846618
- via e-mail, [richiestacopie@ospedalesassuolo.it](mailto:richiestacopie@ospedalesassuolo.it)

### ATTENZIONE

Se si sceglie di presentare la richiesta di persona, dovrà avere con sé un documento d'identità valido. Se sceglie invece di inviare la richiesta via fax o via e-mail, dovrà allegare obbligatoriamente la copia di un suo documento di identità in corso di validità, la ricevuta di pagamento bancaria e la richiesta debitamente compilata e firmata.

Per motivi di privacy, nel caso venga richiesto l'invio via e-mail ordinaria e non PEC, il file .pdf verrà inviato criptato da password, la quale verrà inviata tramite una ulteriore e-mail successiva.

### Tariffe

La cartella clinica ha un costo di euro 15,00, indipendentemente che sia formato in cartaceo o in formato digitale; nel solo caso del formato cartaceo, il costo si intende per numero di copie richieste. Se si intende ricevere la cartella clinica a casa via posta, il costo aggiuntivo delle spese postali è pari a euro 10,00.

### Dove e come pagare

- agli sportelli cassa dell'Ospedale di Sassuolo, in contanti, con bancomat o carta di credito: è necessario presentare il modulo di richiesta debitamente compilato
- con bonifico sul codice IBAN IT 93 X 05387 67010 0000 0116 8133 intestato a "Ospedale di Sassuolo Spa"; è necessario riportare come causale "Richiesta copia cartella clinica" e i riferimenti del paziente.

## SPAZIO RISERVATO ALL'OSPEDALE DI SASSUOLO

Tipo e numero del documento di identità
data ritiro documentazione
firma ( <i>Operatore Ospedale di Sassuolo</i> )
firma ( <i>Il richiedente</i> )