

Modulo richiesta documentazione clinica

In conformità agli artt. 7, 9, 60, 82 e 92 del D. Lgs 196/2003

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ Prov _____, il ____/____/_____
residente a _____ Prov. _____
in via _____, codice fiscale _____

in qualità di:

Ospite

Oppure:

- Erede legittimo (specificare il grado di parentela) _____
 Erede testamentario ⁽¹⁾
 Amministratore di sostegno
 Tutore
 Curatore

del Titolare della documentazione clinica:

cognome e nome _____
nato/a _____ Prov _____, il ____/____/_____
residente a _____ Prov. _____
in via _____, codice fiscale _____

RICHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

A. copia della cartella clinica relativa al seguente periodo:

- dalla data ____/____/_____ alla data ____/____/_____
- dalla data ____/____/_____ alla data ____/____/_____
- dalla data ____/____/_____ alla data ____/____/_____

B. altra documentazione: (specificare) _____

MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

- personalmente alla reception
 persona delegata
 via posta elettronica certificata o ordinaria: _____
 spedizione postale all'indirizzo (con spese a carico del destinatario): _____

IN CASO DI DELEGA AL RITIRO

Il/La sottoscritto/a _____ delega al ritiro della documentazione richiesta, il/la sig./ra
cognome e nome _____ nato/a _____, il ____/____/_____

NB: Al momento del ritiro dovrà essere allegata alla richiesta copia del documento di riconoscimento del richiedente e della persona delegata

Data, ____/____/_____

Firma del richiedente, _____

PARTE RISERVATA ALL'ENTE

Agli Uffici Amministrativi

Ricevuta da _____ in data ____/____/_____

N. copie effettuate: _____

Firma dell'operatore _____

COME FARE PER OTTENERE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

PERSONE AUTORIZZATE

La documentazione clinica può essere richiesta dal titolare della documentazione stessa, cioè la Persona a cui la documentazione clinica si riferisce o da un suo inviato munito di delega scritta.

A titolo esemplificativo, nel caso in cui il titolare della documentazione è deceduto la richiesta può avvenire dall'erede legittimo o dall'erede testamentario. Nel caso in cui, invece, il titolare della documentazione non è in possesso della capacità di agire, la documentazione può essere richiesta dal tutore, dal curatore, oppure, dall'amministratore di sostegno.

MODALITÀ DI RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE

La richiesta di copia della documentazione deve essere indirizzata all'Ufficio Amministrazione Ospiti dalla persona titolare o da un suo delegato autorizzato alla richiesta, tramite compilazione dell'apposito MODULO DI RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA.

Detto modulo, una volta compilato, potrà essere consegnato presso la Reception dell'Ente direttamente dall'interessato oppure, inviato a mezzo posta, fax (071 7236167) oppure mail (info@fondazionerecanatesi.it), allegando copia fotostatica fronte retro di un documento d'identità legalmente valido del richiedente e del titolare (qualora quest'ultimo sia soggetto diverso dal richiedente).

RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

La documentazione richiesta può essere ritirata dall'avente diritto secondo una delle seguenti modalità:

- **Ritiro presso la Reception della struttura da parte dell'avente diritto o da persona munita di delega scritta:** la delega deve essere accompagnata da un documento di riconoscimento originale o in copia dall'avente diritto e da documento di riconoscimento originale o in copia del delegato.
- **Invio al recapito indicato dall'avente diritto,** con spese a carico del destinatario.
- **Tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) o ordinaria.**

TEMPI DI CONSEGNA

La copia della cartella clinica viene rilasciata di norma entro 10 giorni dal momento della richiesta da parte dell'avente diritto. Fanno eccezione alla presente regola le cartelle cliniche di ospiti dimessi, in tal caso la consegna avverrà entro 30 giorni dal momento della richiesta.

TARIFE PER IL RILASCIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il costo per il rilascio della copia della cartella clinica od altra documentazione è di 0,25 euro a copia.

In caso di spedizione oltre ai suddetti importi saranno addebitate anche le spese di spedizione postali.

Il pagamento potrà avvenire:

- **In contanti:** presso la Reception dell'Ente al momento del ritiro a mano.
- **Con bonifico bancario/postale:** CODICE IBAN: IT 89 R 02008 37498 000040421258, CAUSALE: pagamento riproduzioni atti + nominativo dell'Ospite.
- **Con bollettino di c/c postale:** c/c n° 000067011478, CAUSALE: pagamento riproduzioni atti + nominativo dell'Ospite.

ORARI APERTURA RECEPTION

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 12:30 e dalle ore 15:00 alle ore 19:00. Il sabato e la domenica e nei giorni festivi dalle ore 9:00 alle ore 12:00 e dalle ore 15:00 alle ore 18:00. Numero di telefono del centralino 071 714714.