SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

All'Azienda USL di IMOLA

tramite consegna diretta allo sportello di:

☐ Ospedale Nuovo di Imola - ufficio accettazione ricoveri (tel. 0542-662105)

☐ Casa della Comunità Castel San Pietro Terme – sportello Unico Distrettuale

☐ a mezzo pec: ricoveri@pec.ausl.imola.bo.it *(indirizzo abilitato alla ricezione di e-mail)*

Il/La sottoscritto/a		nato/a	
il		residente a	
in via		doc. di identità	
rilasciato da		il	
telefono *(obbligatorio)*		e-mail	

Consapevole che, ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amm.ne qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

chiede in qualità di:

○ *a) diretto interessato (titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, maggiorenne o minore emancipato)*

○ *b) genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore*

○ *c) erede legittimo: indicare la relazione di parentela e/o la qualità di erede (es. coniuge, figlio)*

○ *d) tutore*

○ *e) curatore*

○ *f) amministratore di sostegno*

○ *g) affidatario del minore*

○ *h) erede testamentario*

○ *i) convivente del defunto*

○ *j) legale rappresentante*

○ *k) persona in unione civile con il defunto*

○ *l)* delegato (compilare la delega)

○ *m) altro (es analfabeta)*

○ *n) coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, del titolare della cartella clinica altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per le **seguenti ragioni** connesse allo stato di salute (ex art.4, comma 2 DPR 445/2000)*

del/della sig./sig.ra		nato/a	
il		residente a	
in via		annotazioni	

☐ **il rilascio in COPIA CARTACEA SEMPLICE*** *(senza timbri di conformità/autenticità)*

☐ **il rilascio in COPIA CARTACEA CONFORME AUTENTICATA*** *(con timbri di conformità/autenticità)*

☐ **il rilascio in COPIA DIGITALE*** *(obbligatorio indicare di seguito un indirizzo PEC)*

**** Solo per la prima copia di cartella clinica di ricovero il rilascio è gratuito**. Per prima copia gratuita si intende la prima richiesta di copia della singola cartella clinica. Barrare solo una modalità di rilascio.*

☐ CARTELLA CLINICA di ricovero nel Reparto di :

- _____ dal _____ al _____ SDO _____ / _____
- _____ dal _____ al _____ SDO _____ / _____
- _____ dal _____ al _____ SDO _____ / _____
- _____ dal _____ al _____ SDO _____ / _____

☐ altra documentazione sanitaria (es. schede ambulanza, referti, cartella domiciliare, cartella ambulatoriale, ecc.)

_____

☐ copia CD / chiavetta USB _____

○ **PROVVEDERÀ DIRETTAMENTE AL RITIRO**

○ **CHIEDE LA SPEDIZIONE** all'indirizzo di seguito indicato previa presentazione di documentazione attestante il pagamento delle spese di riproduzione e postali secondo le tariffe aziendali definite.

Al sig./sig.ra _____ presso il seguente indirizzo:

via _____ n. _____ città _____

prov. _____ CAP _____

data _____ Firma del richiedente …….……

L'operatore ……..

ALLEGATI:

☐ *Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del richiedente ove previsto*
☐ *Fotocopia fronte-retro del documento di riconoscimento (in corso di validità) del delegante/delegato*
☐ *Provvedimento di nomina per i casi: c), d), e), f)*
☐ *Mandato di procura per il caso m)*

Le informazioni in merito al trattamento dei dati personali relativamente al procedimento in oggetto (art.13 Regolamento (UE) 2016/679), sono pubblicate nel sito istituzionale dell'Azienda USL di Imola, alla voce "privacy" - https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7322.

==========**PARTE RISERVATA ALL'AUSL**==========

Data di ritiro: ……	**CONSEGNA DIRETTA ALLO SPORTELLO**:
Presso:	DATA ……
□ Ospedale di IMOLA	Documento d'identità ……
□ Ospedale di CASTEL SAN PIETRO T.	FIRMA di chi ritira ……
□ Spedizione: € ……	----------
Importo dovuto: € …… per n. ……. cartelle cliniche	**CONSEGNA A MEZZO POSTA:** (a cura dell'ufficio cartelle cliniche**)**
€ …….. per n. ……. copie CD/chiavetta USB	□ data di spedizione ……
€ …….. per n. ……..… fogli	□ tracciamento ……..……
	Operatore: ……..

All'Azienda USL di IMOLA

La/Il sottoscritta/o ……

nata/o a …… (……) il ……/……/…….

residente a ……..(…….) in via …… n. ……

DELEGA

la/il sig.ra/sig. ……

nata/o a …… (……) il ……/……/…….

residente a …… (…….) in via …… n. …… a:

☐ **richiedere la documentazione sanitaria** ☐ **ritirare la documentazione sanitaria**

di cui al modulo allegato.

……, ……
(luogo, data)

……
(firma del delegante)

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del delegante e del delegato.