

**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 del 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)

**il rilascio, in copia autenticata del Signor/Signora:**

Sig/Sig.ra

Nato/a

Il

Residente a

In via

Annotazioni

REFERTO

REFERTO

REFERTO

**CARTELLA CLINICA** inerente al ricovero avvenuto presso l'Unità Operativa di:

-	<input type="text"/>	SDO	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
-	<input type="text"/>	SDO	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
-	<input type="text"/>	SDO	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
-	<input type="text"/>	SDO	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>

**altra documentazione sanitaria** (es. cartella domiciliare)

copia **CD / chiavetta USB**

**PROVEDERÀ 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=====

- IL DIRETTORE UNITA' OPERATIVA**.....
- Per la DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO** .....
- Per il DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE** .....
- Per** .....

<p><b>Data di ritiro:</b> .....</p> <p>Presso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ospedale di IMOLA</li><li><input type="checkbox"/> Ospedale di CASTEL SAN PIETRO T.</li><li><input type="checkbox"/> Spedizione: € .....</li></ul> <p>Importo dovuto: € ..... per n. .... cartelle cliniche</p> <p>€ ..... per n. .... copie CD/chiavetta USB</p> <p>€ ..... per n. .... fogli</p>	<p><b>CONSEGNA DIRETTA ALLO SPORTELLO:</b></p> <p>DATA .....</p> <p>Documento d'identità .....</p> <p>FIRMA di chi ritira .....</p> <hr/> <p><b>CONSEGNA A MEZZO POSTA:</b> (a cura dell'ufficio cartelle cliniche)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> data di spedizione .....</li><li><input type="checkbox"/> tracciamento .....</li></ul> <p>Operatore: .....</p>
--	---

**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.*