

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 in formato digitale il rilascio è gratuito. Per prima copia gratuita si intende la prima richiesta di copia della singola cartella clinica.**

☐ 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

☐ **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**

Data di ritiro:

Presso:

- ☐ Ospedale di IMOLA
- ☐ Ospedale di CASTEL SAN PIETRO T.
- ☐ Spedizione: €

Importo dovuto: € per n. cartelle cliniche

€ per n. copie CD/chiavetta USB

€ per n. fogli

CONSEGNA DIRETTA ALLO SPORTELLLO:

DATA

Documento d'identità

FIRMA di chi ritira

CONSEGNA A MEZZO POSTA: (a cura dell'ufficio cartelle cliniche)

☐ data di spedizione

☐ 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.