

## RICHIESTA CARTELLA CLINICA/ DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- Dichiaro di essere legittimato a richiedere la documentazione sanitaria in qualità di Titolare;
- Dichiaro di essere legittimato a richiedere la documentazione sanitaria  
di: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Erede legittimo;  Persona esercente la potestà genitoriale;  Tutore;  
 Curatore;  Delegato;  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

### CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- CARTELLA CLINICA ricovero presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CARTELLA CLINICA ricovero presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 REFERTO AMBULATORIALE \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 IMMAGINI RADIOGRAFICHE SU CD (RM, TAC, RX) \_\_\_\_\_  
 VERBALE DEL PRONTO SOCCORSO del \_\_\_\_\_  
 ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

Tale documento è richiesto per:  Uso Personale  Uso Medico  Uso Legale  
 Uso Assicurativo  altro \_\_\_\_\_

- DELEGA AL RITIRO** (il delegato deve allegare il documento di identità)  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- CHIEDE la SPEDIZIONE, con spese a carico del destinatario**, al seguente indirizzo:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

- CHIEDE: L'INVIO TRAMITE POSTE ELETTRONICA/PEC all'indirizzo \_\_\_\_\_**  
**L'INVIO DEL CODICE PER LA LETTURA DELLA DOCUMENTAZIONE AL CELLULARE \_\_\_\_\_**

Dichiarando che l'invio del referto alla casella di posta elettronica indicata dall'interessato non configura un trasferimento di dati sanitari tra diversi titolari del trattamento, bensì una comunicazione di dati tra la struttura sanitaria e l'interessato effettuata su specifica richiesta di quest'ultimo. L'invio della documentazione sanitaria richiesta avverrà in modo criptato, per l'apertura della stessa sarà necessario inserire il codice ricevuto tramite SMS al numero indicato. L'invio tramite posta elettronica/PEC viene effettuato solo per documenti posteriori al 2018.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ponderano, li \_\_\_\_\_ Firma per esteso del richiedente \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

#### INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

Il ritiro personale o con delega delle copie della documentazione sanitaria è subordinata al pagamento dei costi di riproduzione da effettuarsi direttamente presso lo sportello bancario ospedaliero (Lun-Ven orario: 8.20-13.20/14.30-15.50). Per le spedizioni in contrassegno il pagamento dei costi di riproduzione può avvenire direttamente alla consegna presso il domicilio dell'utente. Le tariffe per l'invio del contrassegno sono quelle applicate nel tempo dalla società inviante. **Si prende atto che, la documentazione richiesta e non ritirata entro 90 giorni, sarà distrutta senza alcuna possibilità di restituzione della somma versata a titolo di costo di riproduzione.** La documentazione inviata tramite posta elettronica non comporterà addebiti aggiuntivi.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Da compilare se il richiedente è diverso dal Titolare dei dati

ALLA DIREZIONE SANITARIA DELL'ASL DI BIELLA

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

DICHIARA l'insussistenza della preclusione dalla potestà di cui al 3° comma dell'art.155 C.C. e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità.

\* la tutela su \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

\* l'amministrazione di sostegno per \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

\* ESIBIRE DECRETO VALIDO DI NOMINA

Di essere erede

legittimo con grado di parentela \_\_\_\_\_

per testamento di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Altro (specificare la posizione giuridica di soggetto legittimato)

#### Si dichiara consapevole:

- Che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- Che la presente richiesta viene accolta solo se completa in ogni sua parte.

FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE CHE RICEVE LA DICHIARAZIONE \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO .....**
**Spese di riproduzione**

Copia della cartella clinica in formato digitale	n° .....	Ricovero ordinario IVA)	5€ (fuori campo	€ .....
		Ricovero Day Hospital IVA)	5€ (fuori campo	
		Cartella con più di 300 fogli IVA)	5€ (fuori campo	
Copia della cartella clinica su USB	n° .....	Ricovero ordinario IVA)	5€ (fuori campo	€ .....
		Ricovero Day Hospital IVA)	5€ (fuori campo	
		Cartella con più di 300 fogli IVA)	5€ (fuori campo	
Copia della Cartella Clinica di Ricovero	n° .....	Ricovero ordinario IVA)	25€ (fuori campo	€ .....
		Ricovero Day Hospital IVA)	10€ (fuori campo	
		Cartella con più di 300 fogli IVA)	35€ (fuori campo	
Copia su CD di immagini di prestazioni di Radiodiagnostica (radiologia, medicina nucleare, angiografia, R.M.)	n° .....		5€ (fuori campo IVA)	€ .....
Copia di certificazioni varie (referti prestazioni ambulatoriali, certificati di morte e di degenza, atto di dichiarazione di nascita e certificato attestante causa di morte, verbale di pronto soccorso, certificazioni relative a pazienti trattati in sede ambulatoriale, ecc.) ed ogni altro tipo di documentazione sanitaria.	n° .....		5€ (fuori campo IVA)	€ .....

Totale da corrispondere € \_\_\_\_\_

Verificato il pagamento delle suddette spese effettuato presso/con BIVERBANCA in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ la documentazione sanitaria richiesta viene:

- Consegnata, previa esibizione del documento d'identità al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ titolare della documentazione stessa;  
 Consegnata, previa esibizione del documento d'identità al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di delegato, previa verifica dei requisiti di "avente diritto"  
 Inviata a domicilio per posta in contrassegno all'indirizzo e destinatario indicati in fase di compilazione della richiesta  
 Inviata a domicilio per posta elettronica/PEC con le modalità indicate in fase di compilazione della richiesta

La documentazione viene inviata per posta in contrassegno con tariffa comprensiva dei costi:

- di riproduzione e spedizione pari a € \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 (data)

 \_\_\_\_\_  
 (firma per esteso dell'incaricato alla consegna)

 \_\_\_\_\_  
 (firma per esteso del ricevente)