

AL DIRETTORE SANITARIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO ASL CN2

Il sottoscritto				
		cognome	nome	
Nato il	a	prov.	Stato	
Residente a		prov.	CAP	
Via/Strada/Piazza				n.
mail				
telefono				
		mobile (indispensabile per modalità digitale)	fisso	

IN QUALITA' DI

(Dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000)

☐ diretto interessato (titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, maggiorenne o minore emancipato)
☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore, affidatario del minore
☐ tutore (allegare atto di nomina)
☐ curatore (allegare atto di nomina)
☐ amministratore di sostegno (allegare atto di nomina)
☐ erede
☐ fiduciario in caso di DAT (allegare documentazione comprovante tale status)
☐ delegato
☐ coniuge o figlio, o in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, del titolare della cartella clinica o 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 D.P.R. 445/2000):

CHIEDE

Il rilascio di COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE ai sensi della legge Gelli (art. 4 Legge 24/2017) con rimborso dei costi di cui in calce	
☐ CARTACEA	☐ DIGITALE (se disponibile)

☐ della cartella clinica inerente il ricovero avvenuto presso il reparto di				
n° nosologico	Dal		Al	
Ospedale di	☐ Verduno "Ferrero"	☐ Alba "San Lazzaro"	☐ Bra "Santo Spirito"	☐ Canale CAVS

☐ della cartella clinica inerente al passaggio in DEA/ Pronto Soccorso in data

☐ della documentazione inerente alla visita /prestazione presso l'ambulatorio	
di	in data

☐ del riscontro autoptico (gratuito)

del signor/signora intestatario della documentazione (da compilare se diverso dal richiedente)

cognome		nome	
Nato il	a	prov.	Stato
Residente a		prov.	CAP
Via/Strada/Piazza			n.

SCEGLIE DI

☐ ritirare personalmente la copia cartacea
☐ far ritirare la copia cartacea da persona delegata (il delegato dovrà presentare l'allegato "modulo di delega al ritiro" debitamente compilato)
☐ ricevere la copia cartacea per posta (se la richiesta è effettuata tramite pec, personalmente o tramite delegato), con spese a proprio carico, al seguente indirizzo: _____ _____
☐ ricevere la copia digitale tramite la piattaforma di interscambio dell'ASL (v. istruzioni allegate)

ALLEGA:

- ricevuta di pagamento dell'importo:
 - di € 15,00 per copia cartella clinica di ricovero;
 - di € 5,00 per copia cartella Pronto Soccorso/altra documentazione sanitaria
- NEL CASO DI RICHIESTA DI SPEDIZIONE A DOMICILIO COPIA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO dell'importo di € 5,00 per spese postali;

MODALITA' DI PAGAMENTO
presso le casse dell'ASL CN2
con bonifico bancario: IBAN IT89X0306922540100000300027 intestato all'ASL CN2 (sede legale Via Vida 10, 12051 ALBA) con causale "Cartella clinica di "cognome e nome dell'interessato"
con Vaglia Postale n. 11769122 intestato a: AZIENDA SANITARIA REGIONALE – A.S.L. CN 2 – SERVIZIO TESORERIA – 12051 ALBA (CN) indicando nella causale "Cartella clinica di "cognome e nome dell'interessato.

- FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL RICHIEDENTE. Si precisa che una volta verificata l'identità del richiedente, il documento verrà distrutto.

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi al ritiro della copia della documentazione richiesta
- in caso di trasmissione in formato PDRF, di acconsentire alla condivisione dei propri dati sanitari tramite piattaforma di interscambio ASL
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.
- INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs.196/2003 e del Reg. UE 2016/679 : "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs. 196/2003e ss.m.i. e al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN2, esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. I suoi dati potranno essere utilizzati per interessi legittimi".

data

Firma (per esteso)

INFORMAZIONI A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve, dal momento della dimissione dalla struttura ospedaliera o in successivo momento, per richiedere copia della cartella clinica relativa al ricovero, per richiedere copia della Cartella relativa al passaggio in Pronto Soccorso, per richiedere copia di riscontro autoptico o copia di altra documentazione sanitaria (no copia immagini RX).

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La copia della cartella clinica/documentazione sanitaria può essere richiesta dal soggetto intestatario della stessa se maggiorenne o minore emancipato o dai suoi eredi (legittimari, legittimi o testamentari). Se l'intestatario della cartella è minorenne, essa deve essere richiesta dagli esercenti la potestà genitoriale o dai tutori; se è interdetto, dai tutori. L'amministratore di sostegno può richiedere copia della cartella per conto del beneficiario solo se espressamente abilitato dal decreto di nomina.

N° NOSOLOGICO: DOVE TROVARLO?

Il numero nosologico è l'identificativo univoco del ricovero effettuato. È riportato sulla lettera di dimissione consegnata dal personale medico all'atto della dimissione. Una copia di questo documento è disponibile sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

MODALITÀ' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) **Recapitato personalmente** presso l'Ufficio Accettazione Ospedaliera sito al 3° piano Ospedale "Michele e Pietro Ferrero" di Verduno: in tal caso la copia può essere rilasciata di persona, per posta tramite raccomandata a/r, o tramite piattaforma;
- b) **Inviato tramite PEC personale** all'indirizzo dell'ASL CN2 aslcn2@legalmail.it ; in tal caso la copia può essere rilasciata di persona, per posta tramite raccomandata a/r, o tramite piattaforma;
- c) **Inviato via posta elettronica ordinaria** all'indirizzo dell'ASL CN2 aslcn2@legalmail.it: in tal caso la copia può essere consegnata solo di persona.

MODALITÀ DI CONSEGNA COPIA DOCUMENTAZIONE

La copia **cartacea** della documentazione sanitaria può essere:

- ritirata di persona dal soggetto interessato;
- ritirata da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento di identità e fotocopia del documento di identità del delegante;
- trasmessa per posta (costo a carico del richiedente di € 5,00), a seguito di richiesta effettuata tramite PEC o di persona, dal soggetto interessato o da suo delegato.

La copia **digitale** della documentazione sanitaria può essere scaricata utilizzando il link che verrà trasmesso via mail all'indirizzo indicato in sede di richiesta. Per il download del file verrà trasmessa password, via sms, al richiedente.

La modalità scelta per il ritiro va espressamente indicata sul modulo di richiesta. Le copie cartacee richieste e non ritirate entro 90 giorni, verranno distrutte, senza diritto alla restituzione delle somme eventualmente corrisposte.

TEMPO DI RILASCIO:

La copia conforme all'originale della documentazione sanitaria viene prodotta per il rilascio di norma entro 7 giorni dalla disponibilità della stessa presso l'Ufficio Cartelle Cliniche. La copia richiesta in formato PDF potrà rispettare tali tempistiche qualora già disponibile digitalmente.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI:

contattare l'Ufficio Accettazione Ospedaliera/Cartelle Cliniche ai numeri 0172/1408054 e 1408948.

Orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.30 e dalle ore 13.30 alle ore 16.30.

DELEGA PER LA RICHIESTA - RITIRO DI COPIA**DI CARTELLA CLINICA – CARTELLA PRONTO SOCCORSO – DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il sottoscritto				
		cognome	nome	
Nato il	a	prov.	Stato	
Residente a		prov.	CAP	
Via/Strada/Piazza				n.
telefono				
		fisso	mobile	

DELEGA☐ **ALLA RICHIESTA della cartella clinica**☐ **AL RITIRO della cartella clinica****il signor/ la signora**

		cognome	nome
Nato il	a	prov.	Stato
Residente a		prov.	CAP
Via/Strada/Piazza			n.
Mail			
Tel. Cellulare			

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs.196/2003 e del Reg. UE 2016/679 : "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs. 196/2003e ss.m.i. e al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN2, esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. I suoi dati potranno essere utilizzati per interessi legittimi".

data

Firma (per esteso)

Avvertenze Il delegato deve esibire un proprio documento di identità

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante