

**Modulo richiesta copia di documentazione sanitaria**All' Azienda ULSS 9 SCALIGERA  
Via Valverde, 42 - 37122 Verona

Alla Direzione Medica Ospedale di \_\_\_\_\_

Al Distretto Sanitario Sede di \_\_\_\_\_

Al Dipartimento di Prevenzione Sede di \_\_\_\_\_

Al Dipartimento di Salute Mentale di \_\_\_\_\_

PEC: [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

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

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**ALLEGARE copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente****IN QUANTO**

- diretto interessato;
- delegato (allegare modulo per delega e copia del documento –fronte/retro- del delegante);
- genitore esercente la potestà genitoriale (in caso di separazione o divorzio, il genitore richiedente deve specificare se è, o non è genitore affidatario del minore);
- tutore/curatore;
- amministratore di sostegno a ciò autorizzato dal relativo decreto di nomina (allegare);
- altro (specificare: legittimo erede, minore emancipato, ...) \_\_\_\_\_

**CHIEDE COPIA/RILASCIO DI**

- CARTELLA CLINICA
- CARTELLA AMBULATORIALE
- VERBALE DI PRONTO SOCCORSO
- SVAMA-SVAMDI
- VERBALE UVMD
- ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA CD, LASTRE, ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

- VETRINI O ALTRO MATERIALE UNICO (da conservare con cura)



SERVIZIO/OSPEDALE	UNITA' OPERATIVA	DATA	RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

**PER USO**

- PERSONALE;  
 MEDICO;  
 ASSICURATIVO;  
 PENSIONISTICO;  
 INVALIDITA';  
 LEGALE;  
 ALTRO: (chiunque chieda la cartella clinica di un soggetto defunto ex art. 9 del D.Lgs. 196/2003 dovrà indicare lo specifico interesse del richiedente e/o le ragioni familiari meritevoli di protezione e/o le ragioni a tutela dell'interessato)

**(COMPILARE SOLO SE PERSONA DIVERSA DAL DIRETTO INTERESSATO)**

Si chiede copia della documentazione relativa alla degenza o ad altra prestazione sanitaria fruita dal/la

Sig./Sig.ra: \_\_\_\_\_ nato/a il: \_\_\_\_\_

a: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere CONSAPEVOLE:*

*- di quanto previsto degli artt. 71,72, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazioni non veritiere;*

*-di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, ai sensi degli artt. 12-13-14 del Regolamento UE 2016/679, e di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, all'eventuale elaborazione dei dati ai fini statistici ed in forma anonima, al fine di migliorare il servizio ed alla trasmissione dei dati a soggetti interessati, per adempimenti previsti dalla normativa vigente;*

*-che la richiesta viene accolta se completa.*

*-che la richiesta è soggetta a pagamento come da regolamento.*

**MODALITA' DI RITIRO**

Ritiro presso lo Sportello Ritiro Referti della Sede di \_\_\_\_\_

Invio via PEC al seguente indirizzo PEC: \_\_\_\_\_

Spedizione postale (con spese a carico del destinatario) al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

In caso di mancato ritiro della documentazione sanitaria richiesta dopo novanta giorni dalla data di consegna prevista, si provvederà d'ufficio ad inviare all'interessato un sollecito a ritirare quanto richiesto entro i successivi trenta giorni. Decorso inutilmente tale termine, si procederà all'eliminazione delle copie della documentazione sanitaria, con trattenuta del costo fisso per procedura e per diritto di ricerca anticipato dal soggetto richiedente.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_