



**SERVIZIO ACCETTAZIONE E
FRONT OFFICE**
- UFFICIO CARTELLE CLINICHE -

Codice procedimento: 5/SAFO

Termine per provvedere: 7 giorni dalla richiesta

Codice titolare: III.1.01.08

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 05 SAFO

**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA / CARTELLA PRONTO SOCCORSO
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

AL DIRETTORE SANITARIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO ASL CN2

Il/La sottoscritto/a

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. ____ stato di nascita _____

residente a _____ prov. ____ CAP _____

via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

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
- curatore
- amministratore di sostegno
- erede
- delegato (allegare modulo di delega e copia documenti identità delegante e 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

della cartella clinica inerente il ricovero avvenuto presso il Reparto di _____

Ospedale di

- Verduno "Ferrero"
- Alba "San Lazzaro"
- Bra "Santo Spirito"
- Canale CAVS

dal _____ al _____

della cartella clinica inerente il passaggio in DEA/ Pronto Soccorso del _____

della documentazione inerente la visita/prestazione _____ del _____

presso l'ambulatorio di _____

del riscontro autoptico

del Sig./della Sig.ra:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. ____ stato di nascita _____

residente a _____ prov. ____ CAP _____

via _____ n. _____

SCEGLIE DI

- Ritirare la copia personalmente o far ritirare la copia da persona delegata (con l'allegato modulo di delega al ritiro debitamente compilato)
- Ricevere la copia per posta, con spese a proprio carico, al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra _____

Via _____ n. civico _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

ALLEGA

- Copia della ricevuta del pagamento pari a
- € 15,00 per copia cartella clinica in forma ordinaria
 - € 5,00 per copia cartella Pronto Soccorso/altra documentazione sanitaria
- A tali costi, in caso di richiesta spedizione a domicilio, **aggiungere € 5,00** per spese postali

effettuato

- 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 sottoscritto richiedente

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi al ritiro della copia della documentazione richiesta
- 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".

Data _____

firma (per esteso) _____

	SERVIZIO ACCETTAZIONE E FRONT OFFICE - UFFICIO CARTELLE CLINICHE -	Codice procedimento: 5/SAFO
		Termine per provvedere: 7 giorni dalla richiesta
		Codice titolare: III.1.01.08

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.

MODALITÀ' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- compilato presso gli Sportelli Unici 3° piano Ospedale "Michele e Pietro Ferrero" Verduno
- recapitato personalmente all'Ufficio Cartelle Cliniche - S.C Servizio Accettazione e Front Office - sito a **Verduno** Ospedale "Michele e Pietro Ferrero",
Via Tanaro 7 – piano 3
orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 12.30 e dalle 14.00 alle 16.00
telefoni 0172 140 8054 / 0172 140 8948 / 0172 140 8515
- inviato tramite posta ordinaria: ASL CN2 Alba Bra, Via Vida 10, 12051 ALBA CN
- inviato all'indirizzo PEC dell'ASL CN2: *aslcn2@legalmail.it*

Avvertenze

Alla richiesta **non recapitata personalmente** deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente.

MODALITÀ DI CONSEGNA COPIA DOCUMENTAZIONE

La copia della documentazione sanitaria richiesta può essere:

- ritirata di persona dal richiedente
- ritirata da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento di identità e fotocopia del documento di identità del delegante
- ricevuta per posta, costo a carico del richiedente di € 5,00= da aggiungere al costo della copia documentazione richiesta.

La modalità scelta per il ritiro va **espressamente** indicata sul modulo di richiesta.

Le copie richieste e non ritirate entro 90 giorni, verranno distrutte, **senza diritto alla restituzione dei costi di riproduzione.**

TEMPO DI RILASCIO:

La copia di cartelle cliniche / altra documentazione sanitaria, viene **rilasciata entro 7 GIORNI dalla disponibilità dell'originale della cartella presso l'Ufficio Cartelle Cliniche.**

Copia cartella di Pronto Soccorso: per l'anno in corso entro **3 giorni** dalla richiesta;
per gli anni antecedenti, entro **7 giorni** dalla disponibilità dell'originale presso l'Ufficio Cartelle cliniche.

DELEGA
PER LA RICHIESTA o PER IL RITIRO
DI COPIA DI CARTELLA CLINICA – CARTELLA PRONTO
SOCCORSO – DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

alla richieste di copia di Cartella Clinica – Cartella Pronto Soccorso – Documentazione
sanitaria

al ritiro della copia richiesta il _____

INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs.196/2003 ("PRIVACY") e G.D.P.R. 2016/679

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs. 196/2003 e 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".

Data _____

firma (per esteso) _____

Avvertenze

Il delegato deve esibire un proprio documento di identità
Allegare fotocopia del documento di identità del delegante