

 ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO	MODULO UNICO D'ISTITUTO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (La presente richiesta è formulata ai sensi dell'art. 4 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901)
---	---	---

La richiesta può essere presentata dall'interessato o da altro soggetto legittimato ai sensi della normativa vigente. La documentazione è rilasciata nei termini e con le modalità previste dall'art. 4 della Legge n. 24/2017.

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a il
residente a Via n.....
Documento di riconoscimento tipo..... n.: rilasciato da
Codice Fiscale Telefono:.....
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 "Norme penali" dello stesso D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara di ESSERE:

- ☐ Interessato (paziente)
- ☐ Esercente la responsabilità genitoriale
- ☐ Tutore
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Curatore speciale
- ☐ Delegato dell'interessato
- ☐ Erede o Altro soggetto legittimato
- ☐ Altro (specificare)

CHIEDE IL RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RELATIVA A:

Nome e cognome nato/a a il
residente a Via n.....
Codice Fiscale

IN

- ☐ formato elettronico
- ☐ copia cartacea

RIGUARDANTE

☐ Copia della cartella clinica relativa al ricovero presso l'unità operativa di
dal al

SE NOTO:

Numero ricovero Data dimissione Numero cartella clinica

- ☐ Copia della documentazione clinica relativa a prestazioni ambulatoriali erogate presso l'unità operativa/servizio di
..... dal al
- ☐ Referto specialistico ambulatoriale di effettuato il
- ☐ Referto radiologico effettuato il
- ☐ Referto di laboratorio analisi, prelievo effettuato il
- ☐ Immagini diagnostiche su supporto digitale (CD/DVD o altro supporto disponibile)
- ☐ Altro



**ISTITUTO FIGLIE
DI SAN CAMILLO**

**MODULO UNICO D'ISTITUTO
RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

(La presente richiesta è formulata ai sensi dell'art. 4 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)



Sistema Gestione Qualità
Certificato
UNI EN ISO 9001:2015
(nr 501007901)

MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE

☐ ritiro, presso l'ufficio competente ☐ download

oppure ☐ per raccomandata ☐ per PEC

al seguente indirizzo:

DI ACQUISIRLA ATTRAVERSO

☐ download da portale

Letto, confermato e sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e dichiarando altresì di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta.

data) ____/____/____

Firma leggibile

RIMBORSO DEI COSTI DI RIPRODUZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I rimborsi dei costi amministrativi sono determinati dalla Disciplina d'Istituto vigente.

La documentazione sarà resa disponibile nei termini previsti dall'art. 4 della Legge n. 24/2017.

Prima copia Cartella Clinica	a titolo gratuito
Dalla seconda copia Cartella Clinica	25,00€
Spedizione Raccomandata	15,00€
Dalla seconda copia CC + spedizione	40,00€
Copia referto cartaceo (Radiologia, ambulatoriale, Laboratorio Analisi,...)	10,00€
Copia CD Radiologia	10,00€
Copia CD + spedizione	25,00€

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO COMPETENTE

☐ CATELLA CLINICA N. ☐ COPIA REFERTO SPECIALISTICO ☐ ALTRO

data) ____/____/____

Firma leggibile per il ritiro

☐ inviato per PEC

☐ Inviato per posta in data _____ numero raccomandataFirma operatore.....

DELEGA

☐ DELEGA al ritiro Il/la signore/a (delegato)

Documento di riconoscimento tipo n. rilasciato da

(il delegato deve esibire documento di identità valido e copia controfirmata del documento d'identità del delegante.)

Data, ____/____/____

Firma leggibile DELEGANTE Firma leggibile Delegato.....

E' obbligatorio allegare copia di carta d'identità del richiedente. Per il ritiro della documentazione è obbligatorio presentare al momento del ritiro il documento di identità. In caso di delega deve essere presentata copia del documento di identità del delegante e del delegato. Allegare copia dei documenti di identità in corso di validità.

 ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO	MODULO UNICO D'ISTITUTO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (La presente richiesta è formulata ai sensi dell'art. 4 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901)
---	--	---

ESAME DA RITIRARE	DOVE RITIRO IL REFERTO?
☐ ESAMI DI RADIOLOGIA-TAC-R.M.	CUP (Piano Terra "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00. Il sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.30
☐ ESAMI ISTOLOGICI DI ENDOSCOPIA/ISTEROSCOPIA	
☐ ESAMI ISTOLOGICI (prelievi effettuati presso U.O. Chirurgia Generale)	Segreteria Chirurgia (2° Piano "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 19.00
☐ PAP TEST	Segreteria Poliambulatori (1° Piano "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.00
☐ ESAMI DI LABORATORIO	Segreteria Laboratorio (1° Piano "Ala Nord") dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 15.00 - Per i NON ESENTI i referti dei seguenti esami: <u>TSH (reflex), PSA (reflex), MICROBIOLOGIA si ritirano contestualmente al pagamento dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00</u>
☐ ECG HOLTER DINAMICO, HOLTER PRESSORIO ☐ UROFLUSSOMETRIE ☐ ESAMI ISTOLOGICI (prelievi effettuati presso il Poliambulatorio di Chirurgia Ricostruttiva, Ala Nord). Il ritiro può avvenire solo successivamente alla data di ritiro indicata nel modulo, per informazioni chiamare al centralino CUP (0422-4281)	CUP (Piano Terra "Ala Sud") dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 Il sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.30 - Nei casi di positività dell'istologico e/o situazione particolari, il paziente verrà direttamente contattato dal Poliambulatorio.
QUANDO SARÀ PRONTO IL REFERTO?	
Tempistica di ritiro referti istologici: 30 giorni Tempistica di ritiro altri referti: min 8 giorni	