Pratica n.	Data apertura

1 - RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

☐ **Intestatario della documentazione**

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ Prov. ___ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ CAP _____

Prov. _____ in via/piazza _____ n° _____

Tel. _____ Cell. _____

email _____ PEC _____

☐ **Altro avente diritto: compilare IL MODULO 2 "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE".**

(La documentazione di ricoveri avvenuti per interruzione volontaria di gravidanza può essere richiesta e ritirata solo dall'intestataria)

CHIEDO IL RILASCIO DELLA COPIA DI:

☐ **CARTELLA CLINICA** ☐ **CARTELLA AMBULATORIALE (BIC/MAC)** ☐ **VERBALE PRONTO SOCCORSO**

relativa/e alle seguenti date di ricovero *(per ambulatoriali, indicare solo la data della visita)*:

1 dal …… al ……

Reparto……

2 dal …… al ……

Reparto……

Non compilare spazio riservato all'Ufficio

SDO n. ……

SDO n. ……

COSTI DI RILASCIO

E' GRATUITO IL RILASCIO DI PRIMA COPIA CON INVIO MEDIANTE POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

Tariffe per rilascio di copia successiva alla prima oppure per rilascio con modalità diversa dalla PEC

TIPOLOGIA DOCUMENTALE	MODALITÀ' DI RILASCIO				MODALITÀ' DI RITIRO	
	P.E.C.	CD/DVD	PENDRIVE	CARTACEO /pagine	RITIRO ALLO SPORTELLO	SPEDIZIONE
Cartella Clinica / Cartella Ambulatoriale (BIC/MAC)	€ 3	€ 5	€ 10	€ 15 fino a 300 € 20 da 301 a 500 € 25 da 501 in poi	/	Costi sped. postale
Verbale Pronto Soccorso	€ 3	€ 5	€ 10	€ 10	/	Costi sped. postale

DICHIARAZIONE PER RILASCIO GRATUITO DI PRIMA COPIA

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000 445, ad ogni conseguente effetto, DICHIARO che la presente richiesta di rilascio di copia documentale è stata presentata per la prima volta.

☐ **viene presentata per la prima volta** ☐ **è già stata presentata altre volte**

Firma del Dichiarante _____

MODALITÀ DI RILASCIO DESIDERATA

☐ **PEC** (indicare in modo leggibile l'indirizzo PEC):_____

☐ **CD** ☐ **PENDRIVE** ☐ **CARTACEA**

Sì ☐ Voglio la spedizione postale al seguente indirizzo

Cognome e Nome_____via/piazza _____

n. _____ CAP_____Comune_____Prov._____

Data_____ _____

(FIRMA del richiedente intestatario ovvero avente diritto)

SPAZIO RISERVATO AGLI OPERATORI

☐ **Documento di identità allegato in copia.**

☐ **Documento di identità esibito n.**_____

rilasciato da_____**il**_____

L'Operatore _____

SOTTOSCRIZIONE PER AVVENUTO RITIRO

L'intestatario / il richiedente / il delegato / (*cancellare le ipotesi che non ricorrono*)

Cognome e Nome

_____

Data_____

Firma per avvenuto ritiro della Documentazione_____