

RICHIESTA CARTELLA CLINICA E IMMAGINI CORRELATE DATI DEL RICHIEDENTE

Il/Lasottoscritto/a _____
(Cognome Nome Richiedente) (Codice Fiscale Richiedente)

Nato/a il _____
(Luogo, Prov di Nascita del Richiedente) (Data Nascita del Richiedente)

Residente a _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n. civico)

Doc. di identificazione _____
(Tipo e n. documento di identità)

In qualità di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diretto Interessato; | <input type="checkbox"/> Genitore/Tutore del minore; |
| <input type="checkbox"/> Tutore dell'interdetto; | <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno; |
| <input type="checkbox"/> Erede | <input type="checkbox"/> _____ |

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme della seguente documentazione sanitaria

- Duplicato Cartella Clinica (CC)
- Immagini Iconografiche in visione (Lastre)
- Duplicato Immagini Iconografiche (CD)

DATI INTESTATARIO

Intestata/e a: Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
(Cognome Nome Intestatario CC) (Luogo, Prov di Nascita Intestatario CC)

il _____ C.F. _____
(Data Nascita Intestatario CC) (Codice Fiscale Intestatario CC)

residente a _____ doc. di identificazione _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico) (tipo e n. documento di identità)

relativa al ricovero c/o la seguente STRUTTURA

Specificare con una crocetta la **CASA DI CURA** dove è avvenuto il ricovero

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Polispecialistica S.Elena | <input type="checkbox"/> Policlinico Città di Quartu | <input type="checkbox"/> San Salvatore |
| <input type="checkbox"/> Ex-Casa di Cura Lay | <input type="checkbox"/> Ex-Casa di Cura Maria Ausiliatrice | <input type="checkbox"/> Ex-Villa Verde |

SANT'ELENA
Casa di Cura Polispecialistica

Viale Marconi 160, 09045
Quartu Sant'Elena (CA)
urp.santelena@kinetikasardegna.it
T +39 070 86051
F +39 070 837391

Società di gestione:

KINETIKA SARDEGNA S.r.l. a Socio Unico (Soggetta a direzione e coordinamento di Korian S.A.)
Viale Marconi 160, 09045 Quartu Sant'Elena (CA)
T +39 070 86051 - F +39 070 8605131 - www.kineticasardegna.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Cagliari 03210360925 - R.E.A. 254268
Cap. Sociale € 15.301.597,00 int. versato - kineticasardegna@legalmail.it

Specificare il **REPARTO** dove è avvenuto il ricovero _____

Specificare il **PERIODO** in cui è avvenuto il ricovero _____

Specificare il **MOTIVO** per cui si richiede la documentazione sopra indicata _____

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza di quanto sotto riportato:

” Eventuali richieste di presa visione o rilascio di copia della cartella clinica e dell’acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall’interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è giustificata dalla documentata necessità di a) esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell’art. 9, par.2, lettera f) del Regolamento, di rango pari a quello dell’interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull’accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell’interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale.”

Il richiedente/intestatario **ALLEGA** alla presente la seguente documentazione atta a comprovare il proprio diritto/interesse ad ottenere copia della cartella clinica e/o delle immagini diagnostiche ad essa collegate:

- Fotocopia **documento d’identità dell’intestatario** della cartella clinica (CC);
- Fotocopia **documento d’identità del richiedente** della cartella clinica (CC);
- Originale della **delega scritta**;
- Dichiarazione sostitutiva** dell’atto di notorietà ai sensi dell’art. 47 DPR 445/00 oppure dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 46 DPR 445/00 attestante la qualità di erede;
- Altro** _____

Il richiedente/intestatario, si impegna al **pagamento immediato**, al momento della richiesta, dei seguenti costi di rilascio della documentazione sanitaria sopra richiesta:

- Richiesta Duplicato Cartella Clinica € 35,00 cad.;
- Richiesta Visione Immagini Iconografiche (Lastre) caparra € 100,00 cad.;
- Richiesta Duplicato Immagini Iconografiche € 20,00 a CD;
- Spese di Spedizione se richiesta €15,00.

“Il richiedente/intestatario, dichiara di avere ricevuto l’informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e di essere consapevole delle responsabilità previste dall’art. 76 del Dpr 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti sotto la propria responsabilità e conferma la veridicità di quanto sopra riportato”.

N.B.: Il ritiro della fotocopia di cartella clinica deve essere effettuato entro e non oltre il termine massimo di 3 mesi dall’effettiva richiesta scritta, trascorsi i quali la copia richiesta verrà distrutta con le modalità indicate dalle norme di legge.

(Luogo e data)

(Firma del intestatario/richiedente)

PER IL SERVIZIO ACCETTAZIONE

° La presente istanza è stata presentata dall’intestatario della cartella clinica in data _____;

° La presente istanza è stata presentata dal Sig. _____ in data _____ unitamente alla delega scritta e alla fotocopia del documento d’identità del richiedente.

L’Incaricato del Servizio Accettazione



DELEGA AL RILASCIO DI CARTELLA CLINICA E/O DELLE RELATIVE IMMAGINI

Il/La sottoscritto/a (1) _____
(Cognome Nome Intestatario CC) (Codice Fiscale Intestatario CC)

Nato/a _____ il _____
(Luogo, Prov di Nascita dell'intestatario) (Data Nascita dell'intestatario)

Residente a _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico)

Doc. di identificazione _____
(tipo e n. documento di identità)

Ricoverato dal _____ al _____ Presso la Struttura _____

Reparto _____ Medico Curante _____

DELEGA

Il/La Signore/a (2) _____
(Cognome Nome Delegato) (Codice Fiscale Delegato)

Nato/a _____ il _____
(Luogo, Prov di Nascita del Delegato) (Data Nascita del delegato)

Residente a _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico)

Doc. di identificazione _____
(tipo e n. documento di identità)

A RICHIEDERE E/O RITIRARE

copia autentica della seguente documentazione sanitaria, relativa alla degenza sopra indicata:

	RICHIEDERE	RITIRARE
<input type="checkbox"/> Duplicato Cartella Clinica;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Immagini Iconografiche (Lastre) in visione; Duplicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Immagini Iconografiche € 20,00 a CD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e **ALLEGA** alla presente copia fotostatica del documento di identità sopra indicato (2).

(Luogo e data)

(Firma)

(1) Al momento della richiesta il delegato dovrà rilasciare **fotocopia documento d'identità del delegante**. (2) Al momento della richiesta il delegato dovrà rilasciare **fotocopia documento d'identità**.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
("autocertificazione")**

Io sottoscritto/a _____:

nato/a _____ il _____,

residente a _____ prov. (_____),

in via _____ n. _____:

valendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n°445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità:

DICHIARO

A) di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ prov. (_____),

in via _____ n. _____;

B) di avere diritto al rilascio della cartella clinica e delle immagini diagnostiche ad essa collegate, relativa al Sig./Sig.ra _____

per essere _____ del _____ predett _____

_____ data _____

in fede

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

N.B.: La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione non va mai autenticata. Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R n° 445 28.12.2000.



DICHIARAZIONE RITIRO CARTELLA CLINICA E IMMAGINI CORRELATE

PER IL SERVIZIO DI ACCETTAZIONE

Cartella Clinica _____ RX TAC RM ALTRO _____

intestata a _____,

richiesta il _____,

spedita con raccomandata A/R N. _____,

L'Incaricato del Servizio Accettazione

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome Nome) (Codice Fiscale)

Nato/a _____ il _____
(Luogo, Prov di Nascita) (Data Nascita)

Residente a _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico)

Doc. di identificazione _____
(tipo e n. documento di identità)

DICHIARA

di ricevere la consegna in busta chiusa con la dicitura "Riservata personale-dati particolari" della cartella clinica e delle immagini ad essa correlate come sopra indicato e s'impegna ad utilizzare i dati in essa indicati nel rispetto dei principi di cui al Regolamento Europeo 2016/679 ed alla restituzione, di eventuali lastre richieste in visione, nel termine massimo di tre mesi dalla consegna.

(Luogo e data)

(Firma)

