



Foggia, _____

Al Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

OGGETTO: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

RICHIEDENTE:

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____ Telefono _____
Cell. _____ e-mail _____ Indirizzo PEC _____
Identificato con documento _____ n. _____

**L'Azienda contatterà esclusivamente i recapiti telefonici, indipendentemente da chi li utilizza (titolare della documentazione o terzi), per fornire eventuali informazioni sullo stato di lavorazione riguardante la documentazione sanitaria.*

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- ☐ **CARTELLA CLINICA**
- ☐ **ESAMI RADIODIAGNOSTICI**
- ☐ **REFERTO PS**
- ☐ **Altro**

☐ **relativa al proprio ricovero c/o** Struttura dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” di Foggia
di _____ Periodo _____

☐ **relativa al ricovero del/la Sig./ra**

_____ nato/a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ c/o la Struttura di _____
e-mail _____
dell'AOU di Foggia. Periodo _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, **DI ESSERE** (da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dal richiedente)

- ☐ esercente la potestà genitoriale dell'intestatario della cartella clinica;
- ☐ tutore del minore intestatario della cartella clinica;
- ☐ tutore dell'interdetto/a intestatario della cartella clinica;
- ☐ amministratore di sostegno dell'intestatario della cartella clinica;
- ☐ erede dell'intestatario della cartella clinica;
- ☐ coniuge e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- ☐ figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- ☐ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute.

☐ **CHIEDE**, altresì di ricevere la documentazione mediante il servizio postale al seguente indirizzo:

****Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della Posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).**

☐ **Si impegna** al ritiro della cartella.



Dichiara 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.

Dichiara, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente ricevuta del pagamento effettuato presso la cassa libera professione e competenze generali dell'AOU di Foggia o tramite conto corrente postale n. 639716 intestato ad Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia - Causale: fotocopie L. 241/90 o bonifico bancario intestato ad Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia - Causale: fotocopie L. 241/90 C/C n. T209900000671 ABI 05262 CAB 79748 CIN RCOD 82 IBAN IT 82R0526279748T209900000671 SWIFT: BPPUIT33 presso Banca Popolare Pugliese sede di Foggia.

COSTI:

- riproduzione della cartella clinica **€ 15,00 (quota fissa)**;
- riproduzione storico cartella clinica **oltre 10 anni** dalla richiesta **€ 20,00 (quota fissa)**;
- riproduzione referto PS, esami radiodiagnostici o altro **€ 7,00 (quota fissa)**;
- riproduzione storico referto PS, esami radiodiagnostici o altro **oltre 10 anni** dalla richiesta **€ 15,00 (quota fissa)**;
- trasmissione a mezzo posta ordinaria in Italia **€ 13,20**;
- trasmissione a mezzo posta prioritaria in Italia **€ 15,00**;
- trasmissione a mezzo posta ordinaria/prioritaria all'estero **€ 50,00**.

Il richiedente

AVVERTENZE

1. Allegare fotocopia del documento d'identità se la **richiesta viene inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente**.
2. Se la richiesta o il ritiro viene fatto da una **persona delegata**, la stessa deve avere **delega scritta e fotocopia del documento di identità** dell'intestatario della cartella clinica.

DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO

Documento di identificazione in corso di validità: patente di guida/carta d'identità/passaporto n. _____
emesso da _____ data di scadenza _____
Identificato dall'Operatore _____ in data _____

Eventuali Controinteressati identificati:

Data notifica ai Controinteressati: _____

Visto si autorizza il rilascio

Il Direttore Sanitario
