



Foggia, \_\_\_\_\_

Al Direttore Sanitario  
Azienda Ospedaliero-Universitaria  
"Ospedali Riuniti" di Foggia

**OGGETTO: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI TERZI**

**RICHIEDENTE:**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC \_\_\_\_\_ Identificato con documento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
data di scadenza \_\_\_\_\_

*\*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

**DEL SOGGETTO DI SEGUITO GENERALIZZATO**, ai sensi dell'art. 92 D. Lgs. n. 196/2003, che prescrive:  
"Eventuali richieste di presa visione o di 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) far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26, comma 4, lettera c), 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 inviolabile."

**INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Cognome Nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ relativa al ricovero c/o Struttura di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_ Identificato con documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_\_  
per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

- Si impegna** al ritiro della cartella.

**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 82R0526279748T20990000671 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.

**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 la seguente documentazione atta a comprovare il proprio interesse ad ottenere copia della documentazione sanitaria:

1)

2)

3)

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 del delegante.

**DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO**

Doc. di identificazione \_\_\_\_\_

Identificato dall'operatore \_\_\_\_\_

**Eventuali Controinteressati identificati:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data notifica ai Controinteressati:** \_\_\_\_\_

**Visto si autorizza il rilascio**

**Il Direttore Sanitario**