



Alla Direzione Sanitaria Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

del Sig.

Il sottoscritto _____
Cod.fisc. _____ nato a _____ il
_____ il
residente in _____ alla Via/Piazza _____
n. tel. _____
documento di identità (C.I. / P.) n. _____ rilasciato
dal Comune/Prefettura di _____, **che allega in
fotocopia,**

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445,

1

CHIEDE

- ☐ in qualità di intestatario della documentazione richiesta
- ☐ in qualità di delegato/genitore di minore/ tutore/ erede legittimo/
rappresentante legale (**delega o documentazione allegata**) del paziente
sotto-indicato:

Cognome e nome

nato a

il

residente in

alla Via/Piazza n.

A) di ricevere copia integrale del documento cartella clinica (in tal caso dovrò
versare l'importo previsto per la copia richiesta così come indicato nel
presente modulo).

In particolare, si richiede:

- ☐ **Cartella clinica** n.
della Unità Operativa di
del ricovero effettuato dal al
- ☐ **Radiografie / TAC** originale
copia eseguite in
costituite da n°
lastre radiografiche **con – senza** referto radiologico
- ☐ **Radiografie / TAC / RMN** originale
copia eseguite nel reparto di
durante il ricovero dal al
n° cartella clinica
costituite da n°
lastre radiografiche **con – senza** referto radiologico.

Il costo della copia della cartella clinica è di € 10,00 al quale si aggiunge l'eventuale costo di spedizione di € 5,00.

2

Il costo di copia degli esami radiologici su supporto CD/DVD o su pellicola è di € 20,00.

Il pagamento del documento richiesto può essere effettuato mediante:

- bonifico bancario intestato a Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”- IBAN - IT 53 Y 0526279748 T20990000510 Codice SWIFT - BPPUIT33 – causale: ‘rilascio copia cartella clinica’. La ricevuta del bonifico effettuato dovrà essere inviata a infopoint@oncologico.bari.it;
 - conto corrente postale n° 75780148 intestato a Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” – causale: ‘rilascio copia cartella clinica’. La ricevuta del versamento effettuato dovrà essere inviata a infopoint@oncologico.bari.it;
 - agli sportelli CUP/Ticket dell'Istituto Tumori (dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 17.30).
- B) di ricevere informazioni riguardo ai propri dati personali presenti in cartella clinica che riceverà a titolo gratuito (in tale caso non riceverò il documento integrale della cartella clinica ma l'informazione dei dati personali trattati e presenti nel documento).

La documentazione sanitaria sopra specificata viene rilasciata per gli usi consentiti dalla legge.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data

Firma

Documento sanitario consegnato il _____

La Direzione Sanitaria

3