


1/1	RICHIESTA DI COPIE DI DOCUMENTAZIONE CLINICA	
-----	---	---

Riservato al richiedente

Al Responsabile del Servizio Amministrativo

Il/La sottoscritt _____

Residente a _____

In Via _____ n° _____

Tel. _____

per motivi _____

RICHIEDE N° _____ COPIE DI:

del _____ Signor _____

nat_ a _____ il _____

ricoverato presso la Fondazione Castellini il _____

decedut_/dimess_ il _____

SI PRECISA CHE:

1. il costo delle copie della Cartella Clinica/ Fascicolo Socio Sanitario Assistenziale è di:
 € 25.00 fino a 25 pagine; € 30.00 fino a 50 pagine; € 35.00 fino a 75 pagine; € 40.00 fino a 100 pagine; oltre 100 pagine € 0.30 a foglio. *La copia su supporto informatico CD ha un costo di € 30.*
2. la quota di € 25.00 dovrà essere corrisposta all'atto della richiesta; a mezzo bonifico bancario sul seguente IBAN IT25H031113338000000002622 indicando come causale: " richiesta documentazione clinica indicando il nominativo del paziente; il saldo secondo quanto stabilito al punto n.1 va corrisposto al momento del ritiro;
3. in caso di richiesta di spedizione, dovrà essere corrisposto l'ammontare del relativo costo;
4. la richiesta di copia della documentazione contenuta nella Cartella Clinica/Fascicolo Socio Sanitario Assistenziale potrà essere presentata:
 - direttamente dall'Ospite/Paziente/Assistito;
 - Amministratore di sostegno;
 - dal firmatario del modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati personali dell'Ospite/Paziente/Assistito e ciò ai sensi del D. Lgs.30/06/2003 n° 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), *Reg. U.E. 679/2016 e D.Lgs. 101/2018;*
 - da un erede legittimo dell'Ospite/Paziente con "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" ai sensi dell'art. 47 del DPR 445 del 28/12/2000 sottoscritta e presentata unitamente alla copia di un documento di identità dalla si evinca la qualità di "erede legittimo";
 - da persona diversa dall'erede legittimo previa dimostrazione, mediante idonea documentazione, della necessità di conoscere il documento richiesto per tutela o difesa di un interesse giuridico (e ciò ai sensi dell'art. 24 comma 2 lett. d, della legge 241/90);
5. il mancato ritiro della documentazione richiesta entro 3 mesi dall'approntamento, comporterà l'invio al macero della copia eseguita.

Data

Firma.....

RISERVATO ALL'UFFICIO

URGENTE

DA SPEDIRE

Al _____ Signor _____

INTESTATARIO

AVENTE DIRITTO

ha ritirato copia della Cartella Clinica /Fascicolo Socio Sanitario Assistenziale Il Sig.

Data ____/____/____ Firma Il Responsabile servizio amministrativo.....