

## RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Gentile Sig./ra, DOPO la dimissione potrà richiedere copia della documentazione sanitaria con le seguenti **modalità**:

1. consegnando il presente modulo compilato all'ufficio **TICKET** presso il piano terra dell'ospedale, per il pagamento (€. **10,10** per ogni cartella clinica relativa a singolo ricovero, €. **5,00** per verbale di accesso al Pronto Soccorso, €. **6,70** per il CD della Coronarografia);

2. Inviando una mail all'indirizzo: **cartellecliniche.olbia@aslgallura.it**;

3. Inviando una richiesta a mezzo posta al seguente indirizzo: **ASL Gallura "Ospedale Giovanni Paolo II "Ufficio Rilascio documentazione sanitaria"**, Via Bazzoni Sircana – 07026 Olbia (SS).

4. Quando la copia della documentazione sarà pronta l'ufficio La contatterà telefonicamente per il ritiro negli ORARI DI APERTURA (lunedì 15,00-17,00 mercoledì 10,30-13,00 giovedì 10,30-13,00)

5. In alternativa potrà richiedere che la documentazione sanitaria venga spedita all' indirizzo:

Città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

(spese postali a carico del richiedente)

Il/la sottoscritt\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Consapevole, secondo quanto prescritto dal DPR 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi.

### DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento identità tipo: Carta di Identità/ Patente N. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

In qualità di (barrare la casella interessata e compilare):

- Diretto interessato (se maggiorenne o minore emancipato)
- Delegato di \_\_\_\_\_ → ALLEGARE: delega scritta, fotocopia doc. identità delegante
- Genitore di \_\_\_\_\_ → ALLEGARE: certificazione sostitutiva ai sensi DPR 445/2000
- Tutore del minore \_\_\_\_\_ → ALLEGARE: decreto di nomina
- Tutore dell'interdetto/a \_\_\_\_\_ → ALLEGARE: decreto di nomina
- Amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_ → ALLEGARE: decreto di nomina con specifica dell'oggetto dell'incarico e degli atti a lui attribuiti
- Erede di \_\_\_\_\_ → ALLEGARE: dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai sensi DPR 445/2000

### CHIEDE

- ❖ Il rilascio di copia conforme della **CARTELLA CLINICA** relativa al ricovero c/o:

Reparto \_\_\_\_\_ Periodo: giorno \_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ €. 10,10;

Reparto \_\_\_\_\_ Periodo: giorno \_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ €. 10,10;

- ❖ Rilascio di copia conforme del **VERBALE di Pronto Soccorso** Periodo:

Periodo: giorno \_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ €. 5,00;

Periodo: giorno \_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ €. 5,00;

- ❖ **CD Coronografia** Periodo: giorno \_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ €. 6,70

Olbia \_\_\_\_\_

Firma Richiedente \_\_\_\_\_

### DELEGA (DPR 445/2000)

Si DELEGA al ritiro della propria documentazione sanitaria

Il/la signor/a \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento identità tipo: Carta di Identità/Patente N. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

*Si invitano i Sigg. delegati a presentarsi con **documento di riconoscimento in corso di validità e copia del documento del delegante**; in mancanza di uno dei requisiti, la richiesta di copia conforme della documentazione sanitaria sarà ritenuta incompleta e quindi non potrà essere accolta.*

### MODALITA' DI PAGAMENTO

- presso gli sportelli del CUP/Ticket
- **Bonifico Conto corrente postale:** Posteitaliane S.P.A.  
Descrizione Conto: **ASL 2 GALLURA**  
IBAN: **IT 22 F 07601 17200 001058813427**
- **Bonifico Bancario:** Banco di Sardegna SPA Olbia Centro Via De Filippi n.2  
Descrizione Conto: **ASL 2 GALLURA**  
IBAN: **IT 11 M 01015 84980000070782793**

### **ISTRUZIONI PRESENTAZIONE DOMANDA**

**1.** Per la presentazione della domanda occorre compilare il modulo di richiesta **COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**; la modulistica può essere reperita presso gli info point situati al piano terra dell'ospedale.

**2.** La richiesta può essere inoltrata dal diretto interessato o da persona delegata:

**a.** se il richiedente è persona delegata sono necessarie le copie della domanda con delega compilata in ogni campo e dei documenti d'identità (fronte-retro) in corso di validità del delegato e del delegante;

**b.** In caso di minore, il richiedente dovrà presentare autocertificazione concernente l'esercizio della potestà genitoriale in carta libera datata e firmata;

**c.** per le persone dichiarate incapaci di intendere e di volere dovrà essere presentata la dichiarazione rilasciata dagli organi competenti;

**d.** in caso di paziente deceduto, l'erede può fare richiesta previa autocertificazione del relativo status in carta libera datata e firmata