SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

REGIONE CALABRIA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA

DIREZIONE SANITARIA P.O. VIBO VALENTIA

UFFICIO ACCETTAZIONE CARTELLE CLINICHE

Tel. 0963962338 email : accettazionevibo@aspvv.it

Intestatario della documentazione

Nome …… Cognome ……..

Nato/a a ……Prov. ( ) il ……

Residente a …… via ……n ……..

cap…… Prov. ……..telefono ……

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome …… Cognome……..

Nato/a a ……Prov. ( ) il ……

Residente a …… via ……n ……..

cap…… Prov. ……telefono ……

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000. In caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA DI ESSERE

- ☐ Intestatario della cartella clinica
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Curatore
- ☐ Tutore (o curatore) "allegare Provvedimento"
- ☐ Genitore esercente la patria potestà
- ☐ Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

CHIEDE

Copia della seguente documentazione sanitaria: _____

Periodo di erogazione_____

modalità di ritiro e pagamento

- ☐ presso L'Ufficio cartelle cliniche (in caso di ritiro di persona diversa dall'intestatario occorre presentare anche la delega)
- ☐ servizio postale specificando l'indirizzo di spedizione _____

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

Data …….. Firma …… (Allegare copia documento di identità)

NOTE: il tempo di consegna delle copie della documentazione sanitaria è di 15 giorni dalla data di consegna della presente richiesta all'ufficio Cartelle Cliniche.

Tariffa per il rilascio copia di scheda di Pronto Soccorso è di € 5,00.

Tariffa per il rilascio radiografie su supporto ottico € 10,00.

Questo modulo può essere consegnato presso l'Ufficio cartelle cliniche del Predio Ospedaliero oppure inviato per via email : **accettazionevibo@aspvv.it** unitamente alla copia della ricevuta di versamento dell'importo dovuto su conte corrente Postale n° 14284889 intestato : Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia, **causale "rilascio copia scheda PS oppure supporto informatico"**

Documento clinico consegnato il, _____ Firma operatore _____