

Intestataro della Documentazione Sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____, Prov. (____), il ___/___/___
residente in Via/P.zza _____, n. _____
Città/Comune di _____, Prov. (____), C.A.P. _____
telefono _____, e-mail _____

Sezione da compilare solo se il richiedente è diverso dall'Intestataro

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____, Prov. (____), il ___/___/___
residente in Via/P.zza _____, n. _____
Città/Comune di _____, Prov. (____), C.A.P. _____
telefono _____, e-mail _____

in qualità di:

- Delegato dall'intestataro
 Genitore titolare di Responsabilità Genitoriale
 Tutore Legale / Curatore / Amm.re di Sostegno (*allegare Decreto Giudice Tutelare*)
 Familiare Legittimato dal diritto riconosciuto (ex. art. 536 C.C.): _____
 Altro (specificare): _____

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

CHIEDE

Il rilascio di:

- Certificato di Ricovero: Reparto di _____, data ingresso: ___/___/___;
 copia di Cartella Clinica: Reparto di _____, data ricovero: ___/___/___;
 copia della Scheda di Accesso al Pronto Soccorso Ospedaliero. data di accesso P.S.: ___/___/___;
 CD-ROM indagini di Diagnostica per Immagini: Rx Rmn TAC eseguita in data ___/___/___;

CHIEDE INOLTRE

- il ritiro della documentazione richiesta c/o l'Ufficio Accettazione (*se persona diversa dall'intestataro, presentare delega*)
 spedizione a mezzo servizio postale:
 all'indirizzo di residenza sopra dichiarato;
 all'indirizzo di séguito indicato: via _____, n. _____, C.A.P. _____
Comune di _____, prov. (____)

Dichiarazione ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i.: si acconsente al trattamento dei propri dati per gli adempimenti amministrativi e di legge.

Data ___/___/___

Firma _____

Come presentare richiesta di rilascio documentazione sanitaria:

- Consegna a mano all'Ufficio Accettazione del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia
- Inoltro a mezzo e-mail all'indirizzo **accettazione.vibo@aspvv.it** (si consiglia contatto telefonico per confermare ricezione e-mail).

Cosa allegare alla richiesta:

- copia del documento di identità dell'Intestatario / delegante, in corso di validità;
- quietanza dell'avvenuto pagamento dei diritti amministrativi, ovvero:
 - o ricevuta di versamento dell'importo dovuto su conto corrente Postale n° 14284889
 - o distinta di Bonifico bancario o postale su IBAN: IT 47Q0100542830000000218010

Intestazione: Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia

Causale: "rilascio copia cartella clinica / CD ROM / Scheda P.S. / Certificato Ricovero" (indicare scelta)

Diritti Amministrativi:

- € 15,00 per n.1 (una) copia di Cartella Clinica, fino ad un anno dalla data di ricovero;
- € 20,00 per n.1 (una) copia di Cartella Clinica, oltre un anno dalla data di ricovero;
- € 5,00 per n.1 (uno) Certificato di ricovero;
- € 5,00 per n.1 (uno) copia Scheda di Accesso al Pronto Soccorso;
- € 10,00 per n.1 (uno) CD-ROM di indagini di Diagnostica per Immagini;
- € 8,00 per spese di spedizione a mezzo servizio postale, se richiesto (a carico del destinatario);

Tempistica per il rilascio della documentazione richiesta:

- da 15 a 30 gg, per la copia della Cartella Clinica (salvo eventuale ritardo per completamento Cartella in attesa di esami particolari o se previsto un nuovo ricovero);
- da 7 a 15 gg, per la restante documentazione sanitaria.

----- Spazio riservato all'Ufficio Accettazione -----

Richiesta ricevuta in data ___/___/____

Operatore