

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
OSPEDALIERAALLEGATO N.1  
Pat\_PO\_00030MOD/00003  
REV\_15  
10/06/2019

## PARTE 1 - INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Paziente Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 documento n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

## PARTE 2 – CHIEDE COPIA DI:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> RICOVERO - CARTELLA CLINICA:  | <input type="checkbox"/> Copia Semplice | <input type="checkbox"/> Copia Conforme | <input type="checkbox"/> Supporto Informatico |
| <input type="checkbox"/> CARTELLA AMBULATORIALE:   | <input type="checkbox"/> Copia Semplice | <input type="checkbox"/> Copia Conforme | <input type="checkbox"/> Supporto Informatico |
| <input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO – VERBALE:  | <input type="checkbox"/> Copia Semplice | <input type="checkbox"/> Copia Conforme | <input type="checkbox"/> Supporto Informatico |
| <input type="checkbox"/> VERBALE SUEM  | <input type="checkbox"/> Copia Semplice | <input type="checkbox"/> Copia Conforme | <input type="checkbox"/> Supporto Informatico |
| <input type="checkbox"/> COPIA DEL SUPPORTO DIGITALE RELATIVO A PROCEDURE PRODOTTE IN FORMA DIGITALE * |   |   |   |

\* specificare esame \_\_\_\_\_

ESTRATTO DI DOCUMENTAZIONE (referti di esami, procedure, ecc.) specificare:

\_\_\_\_\_

ALTRO, specificare \_\_\_\_\_

## PARTE 3 - PRESTAZIONE SANITARIA RELATIVA A

Ospedale di \_\_\_\_\_

RICOVERO

nell'Unità Operativa di: \_\_\_\_\_ Dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

nell'Unità Operativa di: \_\_\_\_\_ Dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

nell'Unità Operativa di: \_\_\_\_\_ Dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARTELLA AMBULATORIALE PER LA PRESTAZIONE SPECIALISTICA EROGATA

nell'Unità Operativa di: \_\_\_\_\_ Dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO / OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

\_\_\_\_\_ Dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### PARTE 4 – RICHIEDENTE (se diverso dal paziente)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
documento n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

#### in qualità di

**delegato del titolare della documentazione sanitaria - compilare anche allegato 2**

**altro avente diritto - compilare anche allegato 3**

#### PARTE 5 - MODALITA' E TEMPI DI CONSEGNA

CONSEGNA A MANO  CON SPEDIZIONE ALL'INDIRIZZO

Destinatario \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

RICHIESTA URGENTE - LIMITATAMENTE ALLA DOCUMENTAZIONE GIA' DISPONIBILE -

SECONDO LA TEMPISTICA PREVISTA  ALTRA DATA CONCORDATA CON L'UFFICIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### PARTE 6 - SI DICHIARA CONSAPEVOLE

che ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera(artt 71 e 72 );

che ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 2016/679, normativa sulla privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e che saranno trattati dall'Azienda ulss3 Serenissima , anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo;

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma del richiedente: \_\_\_\_\_

firma dell'addetto dell'Ufficio : \_\_\_\_\_

#### PARTE 7 – CONSEGNA

Si consegna la documentazione in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma del richiedente: \_\_\_\_\_

firma dell'addetto dell'Ufficio: \_\_\_\_\_