

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in via tel
documento di riconoscimento: C.I. / PAT. n° rilasciato il

CHIEDE IL RILASCIO DI

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**, relativa alle visite mediche avvenute presso la SOC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro di Palmanova (UD) nel periodo
- COPIA REFERTI** di prestazioni sanitarie (visite, esami strumentali, di laboratorio...) eseguite in data presso descrizione prestazione
- CERTIFICAZIONI**
- ORIGINALE / COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA** depositata presso il SOCPSAL relativa a prestazione eseguita in data per il seguente esame: TAC Radiografia
- ALTRO**

INDICA LA SEGUENTE MODALITA' DI RITIRO

- Personalmente** o con **delega** al Sig./Sig.ra
Dichiara di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere persona maggiorenne e al momento del ritiro della documentazione sanitaria dovrà esibire un proprio documento d'identità e fotocopia di un documento d'identità valido del delegante.
- Mediante spedizione postale** all'indirizzo
Dichiara di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede anche la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).

Altro da dichiarare

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data **Firma per esteso del richiedente**

Ai sensi dell'art.38 del DPR n.445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, a mezzo posta o tramite un incaricato.

INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

Il pagamento delle spese di copia e/o spedizione della documentazione sanitaria **deve essere effettuato in anticipo**.

Questo significa che la richiesta di documentazione sanitaria sarà soddisfatta solo dal momento in cui verrà accertato il versamento delle spese.

Le documentazioni sanitarie non ritirate entro 90 giorni dalla disponibilità saranno eliminate.

MODALITA' DI VERSAMENTO:

1. Direttamente al **C.U.P. – Centro Unico di Prenotazione**.
2. Tramite **Conto Corrente Postale n. 10153336** intestato a A.A.S. N.2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA" – SERVIZIO DI TESORERIA, specificando la causale "Spese copia/invio documentazione sanitaria". In questo caso è necessario allegare alla richiesta la copia della ricevuta di versamento.
3. Tramite **Bonifico Bancario** a favore dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana-Isontina" sulle seguenti coordinate bancarie UNICREDIT SPA filiale di Gorizia IBAN IT 64 P 02008 12400 000103536371 Swift: UNICRITM10PE indicando OBBLIGATORIAMENTE la causale: "Spese copia/invio documentazione sanitaria". In questo caso è necessario allegare alla richiesta la copia della ricevuta di versamento.

* * * * *

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Spese duplicazione cartella clinica	n°.....	(ca d.€uro 12,00)	€uro
Spese duplicazione atti e documenti fogli	n°.....	(cad.€uro 0,25)	€uro
Spese postali invio radiografie		(rimborso forfettario di €uro 6,00)	€uro
Altre spese (<i>specificare</i>).....			€uro
Totale da corrispondere			€uro	_____

Verificato il pagamento delle suddette spese effettuato in data mediante

C.U.P. C/C POSTALE BONIFICO BANCARIO

la documentazione sanitaria richiesta viene:

- Consegnata, previa esibizione di documento di identità, al Sig./Sig.ra
- Consegnata, previa esibizione di documento di identità, al Sig./Sig.ra con preghiera di restituzione entro il**
- Inviata con mezzo postale all'indirizzo indicato.

.....
(data)

.....
(firma per esteso dell'incaricato alla consegna)

.....
(firma per esteso del ricevente)

(ag2015)