



PIA FONDAZIONE
CARD. G. PANICO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Prov _____
via/p.zza _____ n° _____
Tel/ _____ mail (PEC) _____

Documento _____

in qualità di TITOLARE, MAGGIORENNE, della documentazione sanitaria richiesta

ovvero	DICHIARA DI ESSERE (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)
<input type="checkbox"/>	esercente la patria potestà in caso di minore
<input type="checkbox"/>	tutore o curatore o amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	erede legittimo o testamentario
<input type="checkbox"/>	soggetto delegato dal titolare della documentazione sanitaria
<input type="checkbox"/>	avvocato o procuratore del titolare della documentazione sanitaria munito di procura
Il soggetto intestatario della documentazione richiesta è il Sig./Sig.ra :	
nominativo _____	
nato/a a _____ il _____	
residenza/domicilio _____	
TIPO Documento e Nr T.S. _____	

CHIEDE il rilascio in copia della seguente documentazione sanitaria:

cartella clinica relativa al ricovero (Ordinario, Day Surgery, Day Hospital, DayService)

Reparto _____ Nr Ricovero _____ dal _____ al _____

Reparto _____ Nr Ricovero _____ dal _____ al _____

Reparto _____ Nr Ricovero _____ dal _____ al _____

Reparto _____ Nr Ricovero _____ dal _____ al _____

Reparto _____ Nr Ricovero _____ dal _____ al _____

referti di pronto soccorso del ___/___/___; del ___/___/___; del ___/___/___;

Copia su CD di esami Radiologici del ___/___/___; del ___/___/___; del ___/___/___;

Referti Ambulatoriali:

Specialità: _____ dal _____ al _____

Tale richiesta è finalizzata ad uso: assicurativo medico pensionistico legale

CHIEDE che la suddetta documentazione sanitaria venga inviata Raccomandata AR (costo aggiuntivo 5 €):

alla residenza/domicilio dell'intestatario della documentazione (come sopra riportato)

alla residenza/domicilio del Richiedente/Autorizzato/Delegato (come sopra riportato) a condizione che risulti consegnata la delega formale

Per le copie da inviare per posta attendere la quantificazione dell'importo da parte dell'Ufficio Cartelle Cliniche prima di effettuare il pagamento

Specialità: _____

dal _____ al _____

Specialità: _____

dal _____ al _____

Tel./Fax

Tel. 0833 - 1830654

Fax 0833 - 543561

Orario

dal Lunedì al Venerdì

8.30 - 13.30

OVVERO

[] che la documentazione sanitaria richiesta sarà ritirata personalmente in qualità di titolare;

[] che la documentazione sanitaria richiesta sarà ritirata dalla persona identificata nel modulo di delega ;

PRENDE VISIONE ED ACCETTA

- i costi per il rilascio di Copie di documentazione sanitaria e le relative condizioni economiche che sono le seguenti:
 - Cartella Clinica (solo 1) fino a 50 Fogli = **Tot € 20,00**
 - Cartella Clinica (solo 1) da n. 51 Fogli a 100 Fogli = **Tot € 25,00**
 - Cartella Clinica (solo 1) da 101 Fogli in poi = **Tot € 40,00**
 - Cartelle Cliniche (più di 1, ma dello stesso Anno) fino a 50 Fogli = **Tot € 25,00**
 - Cartelle Cliniche (più di 1, ma dello stesso Anno) da n. 51 Fogli a 100 Fogli = **Tot € 30,00**
 - Cartelle Cliniche (più di 1, ma dello stesso Anno) da 101 Fogli in poi = **Tot € 45,00**
 - Copia Cartella Ambulatoriale, Day Service o DH o Pronto Soccorso da 1 Fogli a 10 Fogli = **Tot. € 7,00**
 - Copia Cartella Ambulatoriale, Day Service o DH o PS oltre 10 Fogli = **Tot € 20,00**
 - Costi riproduzione CD **€ 12,00** per ciascun CD
 - Copia singolo Referto ambulatoriale = **Tot € 3,00**
- che il termine di consegna della documentazione è di norma entro i 30 giorni, a condizione che la Cartella Clinica sia stata acquisita in Archivio * (ciò sarà possibile quando tutti gli esami diagnostici risultino completati)
- **Il pagamento può essere effettuato tramite:**
 - apparecchi per la riscossione automatica allo Sportello
 - versamento sul c/c n° 36012888 intestato A.O. "Card. G.Panico" causale: diritti di Copia cartelle cliniche
 - bonifico bancario IBAN IT64J0326880110052894629440

DICHIARA, infine, di essere consapevole

- delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000
- che, in caso di mancato ritiro della documentazione richiesta entro 30 giorni dalla disponibilità presso l'Ufficio cartelle cliniche, l'Azienda Ospedaliera Card. G. Panico potrà attivare la procedura per il recupero spese e sanzioni.

Data ____/____/____

Il richiedente (firma) _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA (allegare copia documento di identità del delegante)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

cellulare _____ Email(PEC) _____

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

identificato mediante il seguente documento di riconoscimento _____

[] al ritiro della documentazione sanitaria richiesta con il presente modulo

Firma _____

La presente richiesta di documentazione sanitaria può essere inviata, allegando fotocopia di valido documento di identità del richiedente, anche tramite fax, e-mail o e-mail a:

A.O. "Card.G.Panico" Via S.Pio, X n,4 TRICASE 73039 (LE) - Ufficio Cartelle Cliniche -

Tel. 0833 1830654 Fax 0833 543561

e-mail: cartellecliniche@piafondazionepanico.it

Per ulteriori Info consultare il Sito Web www.piafondazionepanico.it – Sezione dedicata –