



# AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640

C.F. e P. IVA 02573090236



## Istanza di accesso alla documentazione sanitaria

Alla Direzione Medica  
dell' Ospedale "G. Fracastoro" di San Bonifacio

### INTESTATARIO

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Citta \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

### RICHIEDENTE (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Citta \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76(L) D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e che i cittadini extracomunitari possono dichiarare solo fatti, stati e qualità certificabili ovvero attestabili da parte di soggetti pubblici italiani, ed a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i.

### DICHIARA DI ESSERE

- Delegato (allegare modulo per delega e documento di identità del delegante)
- Genitore esercente la potestà genitoriale
- Tutore / curatore
- Amministratore di sostegno a ciò autorizzato dal relativo decreto di nomina
- Altro: soggetti previsti ex art. 9 del D. Lgs. 196/2003 (richiedenti dati personali concernenti persone decedute), per il motivo da specificare dettagliatamente a tergo.

Esprimo a codesta Azienda il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto della normativa vigente (D.Leg.196/2003 e s.m.i.)

CHIEDE COPIA DI: \_\_\_\_\_ (specificare)

Reparto di Degenza	Periodo di ricovero	Urgente *	Riservato all'Amministrazione

\*La richiesta urgente è prevista solo per ricovero in atto, ovvero effettuazione terapie presso altre strutture sanitarie, la copia è rilasciata in via ordinaria non autenticata



# AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640

C.F. e P. IVA 02573090236



## MODALITA' DI RITIRO

- Ritiro presso lo Sportello Multifunzionale solo dal richiedente salvo esplicita delega
- Spedizione postale (con spese a carico del destinatario) al seguente indirizzo:

Il mancato ritiro nei termini previsti, comporta la spedizione a carico dell'utente.

Estremi documento di identità \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Firma operatore: \_\_\_\_\_

## Tariffe per il rilascio di documentazione sanitaria

❖ Cartella clinica	
Fino a 20 fogli	€ 10.00
Da 21 a 100 fogli	€ 20.00
Oltre 100 fogli	€ 30.00
❖ Cartelle dipartimentali / Cartelle ambulatoriali	
Fino a 20 fogli	€ 10.00
Da 21 a 100 fogli	€ 20.00
Oltre 100 fogli	€ 30.00
❖ Copia documenti e atti sanitari (referti analitici, certificati, verbali PS, documenti, ecc.)	
Quota fissa	€ 3.00
❖ CD Radiologia	
Immagine e referto	€ 5.00
❖ Riproduzione di lastre da diagnostica digitale	
1 lastra 8 x10	€ 5.00
1 lastra 11 x 14	€ 8.00
1 lastra 14 x 17	€ 11.00
❖ Deposito cauzionale per rilascio inclusioni	€ 50.00
❖ Deposito cauzionale per rilascio vetrini colorati e/o bianco	
Fino a 5 vetrini	€ 20.00
Più di 5 vetrini	€ 50.00

Non sono soggette a bollo le copie di cartelle cliniche ancorchè rilasciate in copia conforme all'originale.

In caso di mancato ritiro della documentazione richiesta entro 30 giorni dalla disponibilità della stessa, l'Azienda procederà alla spedizione al domicilio del richiedente, nei confronti del quale saranno addebitate, oltre alla tariffa relativa al documento richiesto, anche le spese postali.

L'Azienda si riserva l'attivazione della procedura di recupero crediti nei casi di necessità.

Le modalità e i costi relativi al rilascio della documentazione sanitaria sono riportati anche sul sito aziendale [www.ulss20.verona.it](http://www.ulss20.verona.it), sezione "modulistica", " modulo di richiesta Cartella Clinica e altra documentazione sanitaria".



# AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640

C.F. e P. IVA 02573090236



## MODULO PER DELEGA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Citta \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

in qualita' di Titolare dati sanitari,

## DELEGA

alla richiesta

al ritiro

Il sig./la sig.ra

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Citta \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Il sottoscritto e a conoscenza che il trattamento dei dati personali e disciplinato ai sensi del D.lgs. 196/2003 e che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni previste.

Data \_\_\_\_\_

Firma del delegante: \_\_\_\_\_ **allegare copia documento d'identità**

Firma del delegato: \_\_\_\_\_ **allegare copia documento d'identità**

Firma operatore: \_\_\_\_\_