

Riservato all'Archivio: Prot. n.

<b>Paziente Sig.</b> _____ <b>nat_ il</b> ___/___/___ <b>a</b> _____ Riferimento: ricovero/accesso avvenuto presso questo Ospedale <b>dal</b> ___/___/___ <b>al</b> ___/___/___ _____ <b>I</b> sottoscritt _____ nat_ il ___/___/___ a _____ residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. ___ Telefono _____
--

## CHIEDE

<input type="checkbox"/> per sé stesso (titolare della documentazione clinica) ovvero per il paziente sopra indicato, in qualità di: <input type="checkbox"/> esercente la potestà genitoriale nei confronti del paziente minore sopra indicato <input type="checkbox"/> *legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno del paziente sopra indicato <input type="checkbox"/> *legittimo erede del paziente sopra indicato * <b><u>Allegare copia della documentazione che attesta la qualifica dichiarata</u></b> <input type="checkbox"/> altra persona delegata
---

<input type="checkbox"/> copia della cartella clinica relativa al ricovero sopra indicato <input type="checkbox"/> verbale di Pronto Soccorso/OBI relativo all'accesso sopra indicato <input type="checkbox"/> documentazione del pre-ricovero avvenuto il ___/___/___ non seguito da ricovero – ( <b><u>previo pagamento delle prestazioni</u></b> ) <input type="checkbox"/> copia di certificato di decesso avvenuto il ___/___/___ presso _____ <input type="checkbox"/> copia di certificato di ricovero avvenuto dal ___/___/___ presso _____
---

Il costo della cartella clinica varia a seconda del numero dei fogli, (da un minimo di 5,80€ ad un massimo di 36,00€). Il costo del Verbale del Pronto Soccorso è di 5,80€, più spese postali (solo in caso di spedizione).

### Richiesta Duplicati CD Immagine

La stampa del CD/DVD ha un costo di 8€ per ogni CD/DVD

Richiede n° copie CD \_\_\_\_\_

Esami radiologici ( è possibile indicare più di un esame)

<input type="checkbox"/>	RAD. tradizionale	
<input type="checkbox"/>	R.M.N.	
<input type="checkbox"/>	T.A.C.	
<input type="checkbox"/>	Ecografia	
<input type="checkbox"/>	PET	
<input type="checkbox"/>	Scintigrafia	

**MODALITA' DI RITIRO O SPEDIZIONE**

Ritiro presso lo Sportello Archivio Cartelle Cliniche (pagamento all'atto del ritiro, con Carta di Credito o Bancomat, non in contanti, presso lo sportello stesso)

Invio della documentazione al seguente indirizzo tramite posta raccomandata (pagamento con bonifico bancario) Via \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Invio della documentazione al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) (pagamento non dovuto)

PEC: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero.**

Genova. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma leggibile del richiedente \_\_\_\_\_

La informiamo che i dati raccolti verranno utilizzati dall'Ospedale a fini istituzionali e SOLO per la presente delega, nel rispetto della normativa vigente sulla "data privacy". (D.Lgs. n.196/2003)

**IMPORTANTE:** Qualora il ritiro della documentazione venga effettuato da persona delegata, il delegato dovrà obbligatoriamente presentare un proprio documento di identità valido e un documento di identità valido del delegante (anche in copia) e il modulo di delega debitamente compilato e firmato dalle parti

La documentazione richiesta sarà pronta il \_\_\_\_\_

**Ritiro:**

Genova \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma di chi ritira \_\_\_\_\_

