

COPIA CARTELLA CLINICA
Barrare con una X la voce che interessa

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO
Barrare con una X la voce che interessa

CERTIFICATO DI RICOVERO
Barrare con una X la voce che interessa

ANNO: N° C.C. o V.P.S.: *SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO*

RIQUADRO "A"

Intestatario documentazione sanitaria

Sig/ra..... nato/a..... il...../...../.....
Residente a Via..... N°..... CAP.....
Prov..... documento..... Tel : E-Mail.....
Ricoverato nella U.O.C..... dal/...../..... al/...../.....
Data:..... Il Dichiarante (1).....

RIQUADRO "B"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art.46 e 76 DPR 28/12/2000 n°445)

(da compilare se il richiedente è persona diversa dall'interessato della documentazione sanitaria e/o delegato in sua vece)

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a..... il...../...../.....
Residente a Via..... N°..... CAP.....
Prov..... Documento..... Tel : E-Mail.....
DICHIARA di essere: ☐ delegato ☐ genitore di figlio minore ☐ Medico curante ☐ Altro
specificare:.....

Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli art.li, 46 e 76 del DPR n° 445 del 28/12/2000 ss.mm.ii. e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità. **N.B. in caso di minore delega di entrambe i genitori e relativi documenti.**
Letto, confermato e sottoscritto.

Data:..... Il Dichiarante/Genitori (1).....

RIQUADRO "C"

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art.47 e 76 DPR 28/12/2000 n°445)

(da compilare se la documentazione sanitaria richiesta è relativa ad un paziente DECEDUTO)

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a..... il...../...../.....
Residente a Via..... N°..... CAP.....
Prov..... documento..... Tel : Email.....
DICHIARA di essere LEGITTIMO/A EREDE (specificare grado di parentela).....
Del/la Sig/ra..... deceduto/a a..... il.....

E come tale erede legittimo avente diritto a richiedere e ritirare la documentazione clinica e di avere l'assenso di altri eredi assumendone tutte le eventuali responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli art.li, 46 e 76 del DPR 28/12/200 n° 445 ss.mm.ii.
Letto, confermato e sottoscritto.

Data:..... Il Dichiarante (1).....

PER POTER ACCETTARE LA RICHIESTA È INDISPENSABILE ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO

Modalità di ritiro della documentazione (segnare con X l'opzione scelta)

- ☐ SPEDITA A DOMICILIO con corriere scelto dal richiedente e con spese di spedizione a totale carico del richiedente
☐ RITIRATA DIRETTAMENTE dall'interessato o suo delegato (esibendo valido documento di riconoscimento)

Dichiaro di aver letto e preso atto delle istruzioni riportate a tergo, e di essere consapevole che sarà dato corso alla mia richiesta solo dopo aver consegnato l'istanza completa in ogni sua parte nonché la ricevuta del versamento del ticket dovuto.

Data:..... Il Richiedente.....

MODALITA' DI RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La richiesta di copia della documentazione sanitaria può essere inoltrata:

- A mezzo e-mail: con gli allegati **scannerizzati e non fotografati** all'indirizzo: posorr.ufflussi@aslnapoli3sud.it
- Presso gli sportelli del PO di Sorrento o del PO di Vico Equense (*).

1. Direttamente dall'assistito:

RIQUADRO "A" + valido documento d'identità + ricevuta versamento dovuto(**).

2. Da un delegato dell'assistito:

RIQUADRI "A" e "B" + documenti del delegato e del delegante + ricevuta versamento dovuto(**).

3. Dai legittimi eredi, in caso di assistito deceduto:

RIQUADRO "A" e "C" + documenti dell'assistito e del legittimo erede richiedente + ricevuta versamento dovuto(**).

(**) COSTI e MODALITA' DI PAGAMENTO DEI DIRITTI SANITARI

Copia cartella clinica:	fino a 40 pagine 10,00 euro	da 41 a 80 pagine 20,00 euro	oltre 81 pagine 25,00 euro
Verbale di pronto soccorso, certificato di ricovero post-dimissione:			5,00 euro

Il pagamento dovuto dovrà essere effettuato dall'utente **SOLO ED ESCLUSIVAMENTE** tramite PagoPA, l'avviso di pagamento potrà essere generato al seguente link : <https://mypay.regione.campania.it/pa/home>.

N.B.: In caso di spedizione a domicilio il corriere dovrà essere individuato e contattato dal richiedente e le spese di spedizione saranno a totale carico del richiedente.

(*) ORARIO DI APERTURA SPORTELLO

- ❖ P.O. Sorrento - martedì, mercoledì e venerdì dalle ore 09:00 alle ore 15:00;
- ❖ P.O. Vico Equense - lunedì e giovedì dalle ore 09:00 alle ore 15:00

Per qualsiasi informazione, chiarimento per la compilazione, o informazione sullo stato della richiesta non esiti a telefonare nei giorni e negli orari di apertura dello sportello ai seguenti contatti

❖ P.O. Sorrento: 08118432131.

❖ P.O. Vico Equense: 08118432602.

- ⊕ Le richieste non potranno essere evase prima di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.
- ⊕ La Direzione Sanitaria dichiara che la SDO contenuta nelle Cartelle Cliniche potrebbero essere oggetto di variazioni successive al presente rilascio. DCA n.90/2018.
- ⊕ Il richiedente è altresì consapevole che, trascorsi i 90 giorni dalla data di previsto di ritiro, le copie della documentazione richiesta saranno eliminate e se ne dovrà fare eventuale nuova richiesta.
- ⊕ **Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e ss.mm.ii.:** i dati personali riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.
- ⊕ **In caso di richiesta di spedizione a domicilio della documentazione sanitaria,** nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo 2016/679 e ss.mm.ii. che regola il trattamento dei dati personali, il richiedente dichiara di accettare che il recapito della suddetta documentazione potrà avvenire anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio indicato. L'ASL Napoli 3 Sud è esonerata da ogni responsabilità per il mancato recapito del plico o la manomissione dello stesso da parte della Ditta incaricata alla consegna.

Data.....

Firma per presa visione.....