

**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 aVia.....N°CAP.....

Prov.....documento.....Tel :E-Mail.....

Ricoverato nella U.O.C.....dal/...../...../ al/...../.....

Data:..... Il Dichiaraente (1).....

RIQUADRO "B" Dichiaraente sostitutiva di certificazione (Art.46 e 76 DPR 28/12/2000 n°445)

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

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....il...../...../.....

Residente aVia.....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 Dichiaraente/Genitori (1).....

RIQUADRO "C" Dichiaraente 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 aVia.....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 28/12/2000 n° 445 ss.mm.ii.
Letto, confermato e sottoscritto.

Data:..... Il Dichiaraente (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:**

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

2. **Da un delegato dell'assistito:**

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

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

RIFRIGERATORI "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.regionecampania.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.....