



SI PRESA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

RIQUADRO "A"

Intestatario documentazione sanitaria

Sig/ra.....nato/a a.....il...../...../.....
Residente aVia.....N°.....CAP.....
Prov.....documento.....TEL:.....E-Mail:.....
Data:..... Il Dichiante (1).....

RIQUADRO "B" Dichiaraione sostitutiva di certificazione (Art.46 e 76 DPR 28112/2000 n°445)
(da compilare se il richiedente è persona diversa dal/intestatario de/la documentazione scritaria e/o delegato in sua vece)

Il/la sottoscritto/a.....nato/aa.....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 entrambi i genitori e relativi documenti.

Letto, confermato e soffoscr/fto.

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

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

(da compilare se /a documentazione sanitaria richiesta è re/anita ad un paziente DECEDUTO)

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....il...../...../.....
Residente aVia.....N°.....CAP.....
Prov.....documento.....TEL :E-Mail:.....
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.
Le//o, confermato e softoscr/fto.

Data:..... Il Dichiante (1).....

PER POTER ACCETTARE LA RICHIESTA E INDISPENSABILE ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO

Rilascio di copia conforme su DVD della:

a Radiografia* eseguita il

TAC* eseguita il

a Mammografia eseguita il

(* specificare il distretto corporeo interessato p.es. RX Torace, polso destro, ecc)

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

MODALITA' DI RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La richiesta di copia delle immagini radiografiche può essere inoltrata:

- A mezzo e-mail: con gli allegati scannerizzati e non fotografati all'indirizzo m.dimartino@consorziocsait
- 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 DVD:	10,00 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>.

(*) ORARIO DI APERTURA SPORTELLO

P.O. Sorrento

o martedì, mercoledì e venerdì dalle ore 09:00 alle ore 15:00;

P.O. Vico Equense

o 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 3 giorni dalla presentazione dell'istanza.

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.

Data.....

Firma per presa visione.....