

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

RIQUADRO "A"

Intestatario documentazione sanitaria

Sig/ra..... nato/a a..... il...../...../.....
 Residente a Via..... N°CAP.....
 Prov..... documento..... TEL:..... E-Mail.....
 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'intestatario 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 e76 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:..... 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 e76 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 DI UN DOCUMENTO VALIDO

Rilascio di copia conforme su DVD della:

- Radiografia* _____ eseguita il _____
 TAC* _____ eseguita il _____
 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@consorziocsa.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 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.regione.campania.it/pa/home>.

(*) ORARIO DI APERTURA SPORTELLI

- ◆ P.O. Sorrento
 - martedì, mercoledì e venerdì dalle ore 08:30 alle ore 13:30;
- ◆ P.O. Vico Equense
 - lunedì e giovedì dalle ore 08:30 alle ore 13:30

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: 0815331255
- ◆ P.O. Vico Equense: 0818729634.

- ⚡ 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.....