casa di cura Villa Maria	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	Mod10-GestCC Rev18 del 21/02/2024

Il sottoscritto/a ……
nato/a il …… a …… prov. …….
residente a …… cap …… via…… n. …….. prov……..
CF…… Tel. …… mail ……

in qualità di ☐ intestatario ☐ erede dell'intestatario

☐ esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore / curatore dell'intestatario

DATI DELL'INTESTATARIO (*se diverso dal richiedente*)

Cognome …… Nome ……
nato/a il …… a …… CF……

UNITÀ OPERATIVA (REPARTO)……DAL …… A ……

RICHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Il pagamento dovrà essere effettuato a mezzo bonifico bancario dopo essere stati contattati dall'ufficio cartelle cliniche, che provvederà a riferire l'importo esatto da versare

☐ COPIA CARTELLA CLINICA CON RITIRO ALLO SPORTELLO *(costo 61,10)*

☐ COPIA CARTELLA CLINICA CON SPEDIZIONE *(costo 77,20€)*
SPEDIRE A : ……

La spedizione avverrà solo dopo aver verificato l'avvenuto bonifico

Data …… Firma ……

spazio riservato a uff. acc. CC N°…….. ANNO …….. data ingr…….. Data dimiss ……

VERIFICA INCASSO DELLA PRATICA: N° FATTURA …….. DATA …… SIGLA OPERATORE ……..

EVENTUALE DELEGA AL

sig./la sig.ra ……
nato/a il …… a …… prov. ……..
residente a ……..cap. …… Prov ……
via …… N. …… Tel. ……..
documento di riconoscimento…… (del delegato che si presenta)

☐ AL RITIRO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA RELATIVO al ricovero sopra indicato

☐ A RICHIEDERE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA relativo al ricovero sopra indicato

	Firma (intestatario documentazione clinica)	Firma (del delegato)
Data ……	……	……

Presentarsi munito di documento 1) identità in corso validità eventuale delegato in originale, 2) fotocopia del documento d'identità in corso di validità del delegante (intestatario della documentazione clinica), 3) certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario

Spazio riservato all'Ufficio Accettazione per verifica documento d'identità del delegato:

Data …… Firma dell'operatore ……

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
AUTOCERTIFICAZIONE
D.P.R. 28/12/2000 N.445

(Compilare la richiesta in stampatello)
Al Direttore Sanitario della Casa di Cura Villa Maria Spa – Via delle Melette n. 20 - Padova

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a_____il_____residente a_____prov.___

via_____n._____telef_____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichia-

razioni mendaci,

dichiara:

di essere

- o Esercente la responsabilità genitoriale del minore
- o Tutore/legale rappresentante
- o Legittimo erede del defunto/a in qualità di_____

del minore - Sig./ra_____

nato/a a_____il_____

e pertanto richiede a codesta amministrazione di poter ritirare la copia della documentazione

sanitaria

Data ……..…… Firma

……..……

Allegare copia del documento d'identità in corso di validità (fronte-retro)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") in materia privacy di dati personali e sensibili si informa che i dati perrsonali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati al solo fine della evasione della richiesta stessa in forma cartacea ed informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente.

INFORMAZIONI GENERALI

Requisito essenziale: la maggiore età del richiedente.

1- Richiesta allo sportello:
   a. Dal diretto interessato con documento valido in originale;
   b. Da un suo delegato monito di delega scritta firmata dall'intestatario della cartella con documento di quest'ultimo (anche in fotocopia) e documento in originale dell'incaricato che si presenta allo sportello.
2- Richiesta tramite fax o posta o email (info@cdcvillamaria.it):
   a. Dati anagrafici completi dell'intestatario della documentazione clinica (nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e recapito telefonico);
   b. Unità Operativa presso la quale è avvenuto il ricovero con relative date in entrata e dimissione;
   c. Firma dell'intestatario della documentazione;
   d. Copia documento di identità in corso di validità dell'intestatario della documentazione;
   e. Il pagamento dovrà essere effettuato a mezzo bonifico bancario dopo essere stati contattati dall'ufficio cartelle cliniche, che provvederà a riferire l'importo esatto da versare. Copia della ricevuta di versamento (copia CC con ritiro allo sportello: costo 61,20€ , per copia CC con spedizione costo 77,20€) versato sul conto corrente IT17Q0503412000000000015663 intestato a "Casa di Cura Villa Maria Spa" e nella causale: pagamento copia cartella clinica di (nome e cognome / intestatario cartella clinica).

Il modulo di richiesta (***Mod10-GestCC***) può essere ritirato presso l'ufficio accettazione oppure possono essere anticipati tramite fax o mail o scaricandola dal sito www.cdcvillamaria.it.

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA DI MINORI

La cartella clinica di minore può essere richiesta solo dal genitore che ne eserciti la responsabilità genitoriale, con le seguenti modalità:

1- Richiesta allo sportello:
   a. il genitore che richiede la documentazione del minore deve presentarsi munito di documento di identità valido e compilare in presenza dell'operatore dell'ufficio il modulo di autocertificazione.
2- Richiesta tramite fax o posta:
   a. il genitore richiedente deve compilare con i propri dati anagrafici e quelli del minore l'autocertificazione di esercizio della responsabilità genitoriale sul minore.

L'autocertificazione può essere compilata in carta libera o su specifico modulo che può essere ritirato presso l'ufficio accettazione oppure anticipato tramite fax o mail.

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA PERSONE DECEDUTE

La cartella clinica di persona deceduta può essere richiesta solo da un erede legittimo, nell'ordine: coniuge, figli, in mancanza di questi da un genitore, da un fratello o sorella e così via sino al 6° grado di parentela, con le seguenti modalità:

1- Richiesta allo sportello:
   a. l'erede che richiede la documentazione della persona deceduta deve presentarsi munito di documento di identità valido e compilare in presenza dell'operatore il modulo di autocertificazione;
2- Richiesta tramite fax o posta:
   a. l'erede richiedente deve compilare con i propri dati anagrafici e quelli della persona deceduta, l'autocertificazione attestante lo stato di erede legittimo e specificandone il grado di parentela. L'autocertificazione può essere compilata in carta libera o su specifico modulo che può essere ritirato presso l'ufficio accettazione o anticipato tramite fax o mail o scaricandola dal sito www.cdcvillamaria.it.

L'erede può altresì richiedere che la documentazione venga spedita all'indirizzo desiderato.
Per eventuali richieste da parte di altri aventi diritto (tutori, amministratori di sostegno/curatori, eredi testamentari ecc.) contattare l'ufficio accettazione al n. 049/8711144 operativo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.30 e il sabato dalle 8.00 alle 11.30.

MODALITA' RITIRO

La cartella (o altra documentazione) può essere ritirata presso i nostri sportelli:

a. Dal diretto interessato, intestatario della documentazione, munito di documento d'identità valido;
b. Da altra persona delegata munita di delega specifica per ritiro, documento in copia dell'interessato e documento originale dell'incaricato.

Può essere richiesta la spedizione a proprio domicilio o ad altro indirizzo specificato.
L'ufficio accettazione contatterà il richiedente non appena la copia della Cartella Clinica è pronta per la consegna.

I TEMPI PREVISTI PER LA CONSEGNA DELLA COPIA CC SONO DI 30 GG.

Per poter procedere alla richiesta di copia Cartella Clinica il richiedente deve versare l'importo dovuto direttamente all'ufficio aperto dal lunedi al venerdi dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 15.30, oppure tramite bonifico bancario.

- COPIA CARTELLA CLINICA CON RITIRO ALLO SPORTELLO *(costo 61,10€)*
- COPIA CARTELLA CLINICA CON SPEDIZIONE *(costo 77,20€)*