

**MODULO RICHIESTA COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA**

Si segnala che sull'informativa 00 – Inf DM 03 *Foglio informativo - Modalità di richiesta e ritiro di copia conforme di documentazione clinica* sono indicate tutte le informazioni utili per effettuare la richiesta di copia conforme di documentazione clinica.

Si ricorda all'utente che la produzione in copia della documentazione sanitaria avrà luogo SOLO PREVIA PRESENTAZIONE DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO (per l'importo da corrispondere vedere relativo tariffario). Nel caso in cui la richiesta venga inviata tramite e-mail, allegare quietanza comprovante l'avvenuto pagamento e fotocopia di documento d'identità in corso di validità o equipollente.

In caso di documentazione incompleta non si procederà con la riproduzione richiesta.

Le richieste cui seguirà il ritiro da parte di persona delegata dovranno essere corredate da delega scritta e copia del documento di identità dell'intestatario della documentazione e del delegato.

All'ASST Valtellina e Alto Lario Presidio di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ n.tel \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ allegato in fotocopia

in qualità di:

- Intestatario maggiorenne** della documentazione richiesta
- Genitore di minore titolare della potestà genitoriale**
- Persona esercente la potestà genitoriale**  
allegare copia non autenticata del provvedimento costitutivo del Giudice Tutelare che certifica lo stato di affidamento del minore o autocertificazione e documento d'identità e codice fiscale validi (o copie non autenticate) del minore
- Tutore/curatore dell'intestatario interdetto o inabilitato o di minore o di minore emancipato**  
allegare copia non autenticata del provvedimento costitutivo o autocertificazione e documento d'identità e codice fiscale validi (o copie non autenticate) dell'intestatario della documentazione

- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute**  
allegare copia non autenticata del provvedimento costitutivo o autocertificazione e documento d'identità e codice fiscale validi (o copie non autenticate) dell'intestatario della documentazione
- Erede legittimo/erede testamentario**  
allegare certificato di morte del paziente e atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio
- Altra persona**  
allegare delega firmata dal richiedente (intestatario, genitore di minore, persona esercente la potestà genitoriale, tutore/curatore, amministratore di sostegno, erede legittimo/testamentario) e documento di identità e codice fiscale validi (o copie non autenticate) del richiedente.

**Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità**

**CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DEL SIGNOR/SIGNORA:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Copia di cartelle cliniche complete

Copia di estratto di cartelle cliniche

Relative ai seguenti ricoveri:

Dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ Presidio \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ C.C.# \_\_\_\_\_

Dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ Presidio \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ C.C.# \_\_\_\_\_

Dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ Presidio \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ C.C.# \_\_\_\_\_

Dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ Presidio \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ C.C.# \_\_\_\_\_

Copia di altra documentazione sanitaria:

Referto **ambulatoriale**

Verbale di **Pronto Soccorso**

**Riproduzione di 1 o più RX**

**Riproduzione di 1 o più TAC/RMN**

Prestazione \_\_\_\_\_ effettuata il \_\_\_\_\_

c/o il servizio \_\_\_\_\_ Presidio di \_\_\_\_\_

Prestazione \_\_\_\_\_ effettuata il \_\_\_\_\_

c/o il servizio \_\_\_\_\_ Presidio di \_\_\_\_\_

Prestazione \_\_\_\_\_ effettuata il \_\_\_\_\_  
c/o il servizio \_\_\_\_\_ Presidio di \_\_\_\_\_

Ricevuta di pagamento allegata

**MODALITA' DI RITIRO**

Spedizione all'indirizzo sopra riportato o in alternativa a:

Signor/a \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ritiro direttamente presso \_\_\_\_\_

L'ASST Valtellina e Alto Lario, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679).

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**In caso di minore:**

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma padre \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore che ha raccolto la validità dei dati  
e ha verificato la completezza della richiesta \_\_\_\_\_