

MODULISTICA ALLEGATA

- ❑ ALLEGATO 1 "MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA"
- ❑ ALLEGATO 2 "MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA"
- ❑ ALLEGATO 3 "MODULO DI DELEGA AL RITIRO"
- ❑ ALLEGATO 4 "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE"
- ❑ ALLEGATO 5 "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ"
- ❑ ALLEGATO 6 "TARIFFE AZIENDALI PER IL RILASCIO DI COPIA SEMPLICE DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA E SANITARIA"



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

Prot. n. _____ del ____ / ____ / ____

Oggetto: Richiesta di accesso ai documenti amministrativi
(L. 241 del 7 luglio 1990 e successive modifiche ed integrazioni; D.P.R. 184 del 12 aprile 2006)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME _____ NOME _____
NATO/ A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ (PROV. _____) VIA _____
N° _____ C.A.P. _____

TIPO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO _____ RILASCIATO DA _____
SCADENZA _____

NELLA SUA QUALITÀ DI (SPECIFICARE I POTERI RAPPRESENTATIVI) _____

CHIEDE

☐ di avere in visione ☐ il rilascio della copia semplice ☐ il rilascio della copia conforme (apporte marca da bollo)
i sottoindicati documenti amministrativi:

per i seguenti motivi (specificare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta):

_____, _____ Allega 1) **DELEGA** : ☒ **SI** ☐ **NO** 2) copia del bonifico ☐

E CHE LA PREDETTA DOCUMENTAZIONE
MI VENGA RILASCIATA CON :

- ☐ PROCEDURA ORDINARIA (30 GIORNI DALLA RICHIESTA)

☐ SPEDITA A MEZZO RACCOMANDATA A.R. all'indirizzo sopra riportato o ad altro indirizzo sotto specificato

☐ SPEDITA via PEC _____

NOME _____ COGNOME _____ VIA _____ N° _____
COMUNE _____ (PROV. _____) C.A.P. _____ TEL. _____

IL DICHIARANTE _____

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

✂ _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO **RICEVUTA** RIF. RICHIESTA N° _____

IN DATA ODIERNA E' STATA PRESENTATA ALL'AZIENDA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

DI _____ IMPORTO € _____

DATA _____ L'INCARICATO _____



azienda sanitaria locale
materà

Allegato 2 "Modulo di richiesta Documentazione sanitaria"

RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME
NOME NATO/A IL
NEL COMUNE DI (PROV.) RESIDENTE IN
(PROV.) VIA N° C.A.P.
DOC. DI RICONOSCIMENTO

N° FATTURA TICKET: EURO €:

In qualità di:

- ☐ INTESTATARIO ☐ DELEGATO DELL'AVENTE DIRITTO ☐ GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ ☐ TUTORE
☐ CURATORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

CHIEDE

COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA:

- ☐ CARTELLA CLINICA ☐ ALTRO (referto, pellicole radiografiche, referti, verb. di pronto soccorso etc.)

REPARTO/SERVIZIO NUMERO COPIE
.....

E CHE LA PREDETTA DOCUMENTAZIONE
MI VENGA RILASCIATA CON:

- ☐ PROCEDURA ORDINARIA (30 GIORNI DALLA RICHIESTA)
☐ SPEDITA A MEZZO RACCOMANDATA A.R.
☐ SPEDITA vis PEC

NOME COGNOME VIA
..... N°
COMUNE (PROV.) C.A.P. TEL
PEC

Allega DELEGA: SI ☐ NO ☐ ☐ copia bonifico

IL DICHIARANTE

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Li IL DICHIARANTE

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO **RICEVUTA** RIF. RICHIESTA N°

IN DATA ODIERNA E' STATA PRESENTATA ALL'AZIENDA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

DI IMPORTO €

DATA L'INCARICATO

DELEGA AL RITIRO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA/SANITARIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME

NOME.....NATO/ A IL.....

A(PROV.....)

RESIDENTE IN(PROV.....)

VIAN°..... C.A.P.

TEL.....

ALLEGA DOCUMENTO D'IDENTITA' :

In qualità di intestatario della documentazione sanitaria e/o sadi interessato alla documentazione amministrativa richiesta come da copia di richiesta allegata e protocollata

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra, COGNOME

NOME.....NATO/ A IL.....

A(PROV.....)

RESIDENTE IN(PROV.....)

VIAN°..... C.A.P.

A ritirare copia della documentazione sanitaria e/o amministrativa richiesta come da documento allegato

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Lì..... Il dichiarante.....

A cura dell'operatore addetto ASM

Dipendente della U.O.

Presa visione del documento d'identità ☐ PAT. N°
☐ CARTA d'ID. N°.....
☐ ALTRI



azienda sanitaria locale
materà

Allegato 4 "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME
NOME NATO/ A IL
NEL COMUNE DI (PROV.) RESIDENTE IN
(PROV.) VIA N° C.A.P.

DICHIARA DI ESSERE

☐ **GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ** sul minore:

COGNOME NOME
NATO/ A IL NEL COMUNE DI (PROV.)

☐ **TUTORE** di:

COGNOME NOME
NATO/ A IL NEL COMUNE DI (PROV.)
NOMINATO CON PROVVEDIMENTO DEL TRIBUNALE DI
DEL

☐ **CURATORE** di:

COGNOME NOME
NATO/ A IL NEL COMUNE DI (PROV.)
NOMINATO CON PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI
DEL

☐ **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** di:

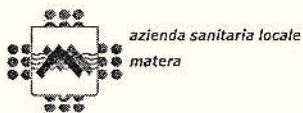
COGNOME NOME
NATO/ A IL NEL COMUNE DI (PROV.)
NOMINATO CON PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI
DEL

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di formazione e/o uso di atti falsi, di dichiarazioni mendaci o contenente dati non rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

IL DICHIARANTE

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Lì IL DICHIARANTE



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME

NOME NATO/ A IL

NEL COMUNE DI (PROV.....) RESIDENTE IN

(PROV.....) VIA N° C.A.P.

DOC. DI RICONOSCIMENTO

--

DICHIARA DI ESSERE

☐ **EREDE TESTAMENTARIO / LEGITTIMO** (indicare il grado di parentela) di:

COGNOME NOME NATO/ A IL

NEL COMUNE DI (PROV.....) DECEDUTO IN (indicare il Comune)

(PROV.....) IN DATA

☐ **DIPENDENTE / INCARICATO** dell'ENTE / STRUTTURA

DENOMINAZIONE

CON SEDE IN VIA N° CAP

IN PERSONA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE PRO TEMPORE SIG./ DOTT

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di formazione c/o uso di atti falsi, di dichiarazioni mendaci o contenente dati non rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

IL DICHIARANTE

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Li IL DICHIARANTE



TARIFE AZIENDALI PER IL RILASCIO DI COPIA SEMPLICE DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA ED AMMINISTRATIVA

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA		diritto di ricerca (per ciascun documento) (Euro)	costo riproduzione/facciata fino a 10 pagg. (Euro)	costo riproduzione/facciata successiva (Euro)
		€ 1,00	€ 0,30	€ 0,20
DOCUMENTAZIONE SANITARIA		Diritti segreteria Procedura ORDINARIA (Euro)		Costo copie eccedenti (Euro)
Cartella clinica (senza esami diagnostici e/o radiologici)		15,00 (Quindici) (comprensivi di 50 pagine massimo)		Costo di ogni pagina fotocopata aggiuntiva eccedente la 50ma copia: 0,26 (ventisei centesimi di euro) per pagina
Cartella clinica comprensiva di esami radiologici (formato CD)		20,00 (Venti) (comprensivi di 50 pagine massimo e massimo 1 CD)		Costo di ogni pagina fotocopata aggiuntiva eccedente la 50ma copia: 0,26 (ventisei centesimi di euro) per pagina
Cartella clinica comprensiva di esami radiologici (formato pellicola)		25,00 (Venticinque) (comprensivi di 50 pagine massimo e 3 pellicole massimo)		copia CD aggiuntiva: 5 euro Costo di ogni pagina fotocopata aggiuntiva eccedente la 50ma copia: 0,26 (ventisei centesimi di euro) per pagina
Copia di esami radiologici su pellicola		15,00 (Quindici) (comprensivi di 3 pellicole massimo)		Costo di ogni Pellicola aggiuntiva: - Formato 20X25= 2,58 euro - Formato 35X43= 5,42 euro
Copia Altri documenti sanitari / singolo referto specialistico/ singolo CD		5,00 (Cinque)		Costo di ogni Pellicola aggiuntiva: - Formato 20X25= 2,58 euro - Formato 35X43= 5,42 euro

Tempi di rilascio della documentazione 30 gg.

NB (per le richieste di copia della cartella clinica devono essere trascorsi 15 gg. dalla data di dimissione).

Al fine del rilascio delle copie conformi gli interessati dovranno consegnare all'Amministrazione le marche da bollo come da normativa vigente.