

MODULO PER RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA

<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA (€16)	<input type="checkbox"/> CARTELLA AMBULATORIALE (€16)
<input type="checkbox"/> VERBALE Pronto Soccorso (€ 4)	<input type="checkbox"/> RELAZIONE MEDICA (€26)
<input type="checkbox"/> URGENZA costo aggiuntivo di € 5, solo se la consegna avviene entro 5 giorni lavorativi	

Sig./ra _____ nato/a a _____
 il _____ residente a _____ Via _____ n° _____
 C.A.P. _____ Prov _____ tel/Cell _____ e-mail _____

RICOVERATO/A nel Reparto / Unità Operativa	DAL	AL

DELEGA AL RITIRO DEL DOCUMENTO

Il/La Sig./ra _____ Nato/a _____ il _____
 N.B. la persona delegata deve presentarsi con un documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona che fa la delega.

SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO (5€ fino ai 2 KG – 10€ superiore ai 2KG)

Sig./ra _____ Via _____ n° _____
 C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____

N.B. per la spedizione a domicilio è indispensabile presentare un documento valido del titolare (anche in fotocopia).
 L'Azienda Ulss 7 non si assume responsabilità collegate ad eventuali disservizi postali nelle consegna del documento.

Si richiede che l'addebito del costo del servizio venga addebitato tramite: bonifico bancario bollettino postale
 N.B. La fattura arriverà successivamente alla documentazione richiesta

M I N O R E
 Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____ residente in via _____ n° _____
 C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____
 GENITORE **TUTORE DEL MINORE**
DICHIARA di avere la potestà genitoriale di cui al 3° comma dell'art. 155 C.C. e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità

E R E D E
 Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____ residente in Via _____ n° _____
 C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____
DICHIARA ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci di essere **ERED E LEGITTIMO/A** del deceduto/a
 Sig./ra _____ deceduto/a in data _____ e, in quanto tale, di aver diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di cui trattasi.

I N C A P A C I T A
 Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____ residente in via _____ n° _____
 C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____
DICHIARA ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci di essere **FAMILIARE** (per incapacità di intendere e volere temporanea dovuta a malattia) oppure **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE** (per persona con amministratore di sostegno/interdetta) del/la Sig./ra _____ e, in quanto tale, di aver diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di cui trattasi.

Il/La richiedente si impegna a provvedere al pagamento della documentazione sanitaria ed eventuali spese postali.
 In caso di mancato ritiro, la documentazione verrà inviata con spese a carico del destinatario, presso il domicilio dello stesso.

Data _____ **Firma del richiedente** _____

N.B. I dati saranno trattati esclusivamente ai fini del presente modulo e nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Modulo da inviare via e-mail a callth@aulss7.veneto.it o fax **0445 572020**

A cura della SEGRETERIA

Costo Documentazione €	Firma dell'impiegato
Costo Spese postali €	ID