

## RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA/ASSITENZIALE/SOCIALE TERRITORIALE

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

|   | DAL | AL |
|---|-----|----|
| VALUTAZIONE SVAMA/VERBALE UVMD              |     |    |
| CARTELLA ASSITENZIALE DOMICILIARE INTEGRATA |     |    |
| CARTELLA HOSPICE                            |     |    |

**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 2KG – 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 4 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.

|  |  |
|--|--|
| <b>M<br/>I<br/>N<br/>O<br/>R<br/>E</b> | Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____  |
|  | il _____ residente in via _____ n° _____   |
|  | C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____   |
|  | <input type="checkbox"/> <b>GENITORE</b> <input type="checkbox"/> <b>TUTORE DEL MINORE</b>   |
|  | <small>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</small> |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>E<br/>R<br/>E<br/>D<br/>E</b> | Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____   |
|                                  | il _____ residente in via _____ n° _____  |
|                                  | C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____  |
|                                  | <b>DICHIARA</b> 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 <b>EREDE LEGITTIMO/A</b> del deceduto/a Sig./ra _____ in data _____ e, in quanto tale, di aver diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di cui trattasi. |

|  |   |
|--|---|
| <b>I<br/>N<br/>C<br/>A<br/>P<br/>A<br/>C<br/>E</b> | Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____   |
|  | il _____ residente in via _____ n° _____  |
|  | C.A.P. _____ Comune _____ Prov _____  |
|  | <b>DICHIARA</b> 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 <b>FAMILIARE</b> (per incapacità di intendere e volere temporanea dovuta a malattia) oppure <b>AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE</b> (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, l'interessato sarà comunque tenuto al pagamento del costo della documentazione.

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 [callth@ulss4.veneto.it](mailto:callth@ulss4.veneto.it) o fax 0445-572020**

**La documentazione si consegna esclusivamente al CUP dell'Ospedale, con copia del documento di riconoscimento dell'utente/del genitore/del tutore/dell'erede/ familiare/amministratore di sostegno dal lun. al ven. dalle ore 8-18 e il sab. dalle 7-9.45**

**A cura della SEGRETERIA**

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| Costo Documentazione € _____ | Firma dell'impiegato _____ |
| Costo Spese postali € _____  | ID _____                   |