

**RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA**

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____ prov. _____
 in via/piazza _____ n. _____
 tel. _____ e-mail _____
 documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

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

DICHIARA DI ESSERE

(barrare la voce che interessa)

- erede legittimo/testamentario persona delegata
 tutore/curatore/amministratore di sostegno genitore esercente la responsabilità genitoriale
 di (cognome e nome) _____ nato/a il _____

come da allegata documentazione

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Cartella Clinica del ricovero / Altra documentazione sanitaria. Ospedale di _____
 Unità Operativa di _____ dal _____ al _____
 Unità Operativa di _____ dal _____ al _____
 Unità Operativa di _____ dal _____ al _____
 Verbale / OBI di Pronto Soccorso nell'Ospedale di _____
 del _____ del _____
 Immagini e referti di indagini diagnostiche (radiografie, TAC, RM, EEG, coronarografie, ecc.) su supporto CD/DVD
 1. _____ del _____
 2. _____ del _____
 3. _____ del _____
 Referto di esame autoptico (data decesso) _____

Per richiedere copia di documentazione sanitaria ospedaliera diversa da quella su elencata o copie multiple, contattare direttamente l'Ufficio Cartelle Cliniche.

PER USO

MEDICO ASSICURATIVO PENSIONISTICO

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il signor/a _____ nato/a il _____
 (che si presenterà al ritiro esibendo un proprio documento di identità e copia del documento di identità del delegante)

CONSEGNA DOCUMENTAZIONE

- Spedizione all'indirizzo sopra riportato o in alternativa a:
 Cognome e Nome _____ via/piazza _____ n. _____
 Comune di _____ (____) CAP _____
 Ritiro allo sportello di _____ (vedi retro)

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione al fine di provvedere agli adempimenti di legge

Luogo, data _____ Firma _____



SEDI

Ospedale di Conegliano

Ufficio Cartelle Cliniche Conegliano

Orario informazioni telefoniche:

dal lunedì al venerdì
 dalle 9.00 alle 10.00
 dalle 13.30 alle 14.30

tel. 0438 663218

email: cartellecliniche.conegliano@aulss2.veneto.it

Per richiesta copia documentazione sanitaria allo sportello, rivolgersi all'Ufficio Cartelle Cliniche dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.30; a Conegliano anche il martedì dalle ore 14.00 alle ore 15.00; a Vittorio Veneto anche il giovedì dalle ore 14.00 alle ore 15.00

Ospedale di Vittorio Veneto

Ufficio Cartelle Cliniche Vittorio Veneto

Orario informazioni telefoniche:

dal lunedì al venerdì
 dalle 9.00 alle 10.00
 dalle 13.30 alle 14.30

tel. 0438 665323

email: cartellecliniche.vittorioveneto@aulss2.veneto.it

Ospedale di Castelfranco Veneto

Ufficio Cartelle Cliniche Castelfranco Veneto

Orario sportello e informazioni telefoniche:

dal lunedì al venerdì
 dalle 8.00 alle 12.30
 dalle 13.30 alle 16.00

tel. 0423 732267

email: cartellecliniche.castelfranco@aulss2.veneto.it

Ospedale di Montebelluna

Ufficio Cartelle Cliniche Montebelluna

Orario sportello e informazioni telefoniche:

dal lunedì al venerdì
 dalle 9.30 alle 16.30

tel. 0423 611226

email: cartellecliniche.montebelluna@aulss2.veneto.it

Ospedale di Treviso

Ufficio Cartelle Cliniche Treviso

Orario informazioni telefoniche:

dal lunedì al venerdì
 dalle 8.00 alle 9.00
 dalle 12.00 alle 13.00

tel. 0422 322421

email: cartellecliniche.treviso@aulss2.veneto.it

Ospedale di Oderzo

Ufficio Cartelle Cliniche Oderzo

Orario informazioni telefoniche:

dal lunedì al venerdì
 dalle 8.00 alle 9.00
 dalle 12.00 alle 13.00

tel. 0422 715359

email: cartellecliniche.treviso@aulss2.veneto.it

Per richiesta copia documentazione sanitaria allo sportello, rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dal lunedì al venerdì, dalle ore 13.00 alle ore 17.00

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Operatore che riceve la richiesta _____ sede di _____

Operatore che consegna la copia _____ sede di _____

Firma, per ricevuta, di chi ritira la copia _____ data _____

Se delegato, specificare: identificato con documento di identità n. _____

rilasciato da _____ il _____