



RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA (DOCUMENTI RADIOLOGICI, DI MEDICINA NUCLEARE, TRACCIATI...) UFFICIO CARTELLE CLINICHE (VIA GRAMSCI, 14 - 43126 PARMA - FAX N. 0521 702280)

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
(cap. _____) via _____ n. _____ tel. _____

IN QUALITÀ DI:

- a) diretto interessato (maggioranne o minore emancipato intestatario della documentazione clinica)
 b) esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore _____
 c) legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di _____
 d) legittimo erede di _____

(NB: allegare modulo debitamente compilato di dichiarazione sostitutiva di certificazione (caso b); caso c) oltre a copia provvedimento) o di atto di notorietà (caso d).

CHIEDE

VISIONE** (previo versamento di € 50,00 di deposito cauzionale presso l'Agenzia n. 10 Cariparma Credit Agricole di Via Abbeveratoia - Parma)

COPIA (previo versamento di € 5,00 per ogni CD presso il Centro Servizi - Via Abbeveratoia - Parma)

DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA

radiografie ecografie scintigrafie TAC RMN EEG

INTESTATA A:

Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

inerente al ricovero avvenuto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma:

- Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

- Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

motivazione della richiesta: _____

(barrare la casella che interessa)

CHIEDE l'invio della documentazione richiesta con spese a proprio carico (pagamento tramite contrassegno)

al/alla Sig./Sig.ra _____ presso il seguente indirizzo: via _____
n. _____ località _____ (prov. _____) cap _____

DELEGA Il /la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ al ritiro della documentazione richiesta (allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)

PROVEDERÀ AL RITIRO PERSONALMENTE

• Il sottoscritto è **consapevole delle sanzioni penali ed amministrative** previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il sottoscritto dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del succitato D.P.R.

• Dichiara di essere stato **informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003**, che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, secondo le disposizioni previste dal D.lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003.

Dichiara, ai sensi e per gli effetti della vigente legislazione e regolamentazione interna dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, e sotto la propria responsabilità, di restituire **entro e non oltre 60 gg. dalla data odierna in originale, integra e nello stesso quantitativo ricevuto la documentazione sopra richiesta usata per soli fini assistenziali. La ricevuta dell'Agenzia bancaria n. 10, indicata in premessa, sarà trattenuta dall'Ufficio Cartelle cliniche, all'utente viene consegnata all'atto del ritiro della documentazione in oggetto copia di tale ricevuta. Al momento della restituzione della documentazione sulla ricevuta di versamento cauzione viene apposto un timbro dell'Ufficio Cartelle cliniche indispensabile per il rimborso della cauzione. Qualora decorrano 60 gg. dalla presente e l'utente non abbia restituito il materiale di cui trattasi, troverà applicazione l'art. 1385 del codice civile che prevede il mancato rimborso della cauzione qualora l'utente non adempia alla restituzione di quanto preso in uso.

Parma, _____

Firma leggibile dell'interessato/delegante _____

(allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato.

Cognome e nome operatore _____ **Firma leggibile operatore** _____