

## Cartella clinica: richiesta di copia per ricovero Policlinico di Modena

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

telefono (fisso) | cellulare

e-mail

### DICHIARO DI ESSERE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

il diretto interessato

il genitore (con la responsabilità legale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

il tutore  il curatore  l'amministratore di sostegno

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

l'erede

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | deceduto/a il | a

stato convivente (di persona deceduta) stabilmente per anni .....

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | deceduto/a il | a

### CHIEDO

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

la copia semplice in formato PDF della cartella clinica

la copia semplice in formato CARTACEO della cartella clinica

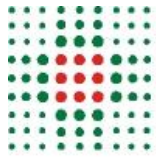
la copia semplice in formato CD della cartella clinica

la copia autenticata in formato CARTACEO della cartella clinica

del ricovero presso l'Ospedale Policlinico di Modena

nel reparto di

data del ricovero



nel reparto di

data del ricovero

### ALLEGO

- la copia di un mio documento di identità in corso di validità *(escluse le richieste sottoscritte con firma digitale)*

### SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

ricevere la cartella via e-mail con PDF criptato all'indirizzo e-mail:\*

n. di cellulare\*: \_\_\_\_\_

ricevere la cartella all'indirizzo PEC:

ricevere la copia per posta, con pagamento in contrassegno, all'indirizzo:

Via

Comune

CAP

Prov.

*\* Per aprire il file criptato è necessario un codice (OTP) che vi giungerà immediatamente con SMS sul cellulare. A tal fine è indispensabile sia fornire e-mail che n. di cellulare.*

### SONO CONSAPEVOLE CHE

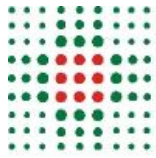
le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda O-U di Modena effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

| firma *(per esteso e leggibile)*

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA REG. (UE) 679/2016, ART. 13

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può consultare la pagina internet all'indirizzo [http://www.aou.mo.it/privacy\\_paziente](http://www.aou.mo.it/privacy_paziente)



## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere la copia della cartella clinica

Può presentare la sua richiesta:

- via fax al numero 059/4224228
- via e-mail all'indirizzo: [archivio@aou.mo.it](mailto:archivio@aou.mo.it)
- per Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo [affarigenerali@pec.aou.mo.it](mailto:affarigenerali@pec.aou.mo.it)
- per posta ordinaria all'indirizzo: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Policlinico di Modena, Via del Pozzo n°71 – 41124 Modena

### Informazioni 059/4222348 dal lunedì al venerdì 8:30-13:00

**ATTENZIONE!** Se sceglie di inviare la richiesta per fax, tramite e-mail o tramite servizio postale, deve allegare obbligatoriamente la fotocopia di un suo documento di identità in corso di validità ad esclusione delle richieste sottoscritte con firma digitale.

### Tariffe

La copia in formato PDF della cartella clinica costa € 10

La copia semplice in formato CARTACEO della cartella clinica costa € 10

La copia in formato CD costa € 10

La copia autenticata della cartella clinica ha un costo che si basa sul numero dei fogli:

- 15 € fino a 50 fogli
- 25 € da 51 a 150 fogli
- 35 € oltre i 150 fogli

### Dove e come pagare

- Alle Casse automatiche della Aziende sanitarie della Provincia, in contanti, con bancomat e, in alcuni casi, anche con carta di credito.
- On-line collegandosi al sito [www.pagonlinesanita.it](http://www.pagonlinesanita.it) digitando il codice inviato per posta elettronica all'Ufficio Copia Cartelle Cliniche successivamente alla richiesta.
- Attraverso il modello 3 di pagoPA® seguendo le indicazioni riportate sul foglio pagoPA avviso di pagamento.
- In contrassegno se è stata richiesta la spedizione a domicilio.