

Cartella clinica: richiesta di copia per ricovero al 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 con poteri decisionali sulla salute*

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

- l'erede

di (nome) | (cognome)

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

- altro soggetto legittimato in quanto (allegare doc. a sostegno vedi sez.ALLEGO)

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

* nominato con provvedimento del Giudice

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 conforme 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

- In quanto **diretto interessato** la copia di un mio documento di identità in corso di validità
(escluse le richieste sottoscritte con firma digitale)
- in qualità di **tutore, curatore, amministratore di sostegno** atto di nomina del Giudice
- in qualità di **legale rappresentante** copia del mandato o della procura speciale
- in qualità di **erede** dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà unitamente a copia del documento di identità del sottoscrittore

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, tramite raccomandata A/R, all'indirizzo: * *Campo obbligatorio per le richieste di copia autentica*

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 numero 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 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

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
- per Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo affgen.cartellecliniche@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 11:00-13:00

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 **prima copia** della cartella clinica è **gratuita** se richiesta **in formato semplice** (elettronico o cartaceo)

In caso di richiesta di **copia autenticata** (sempre in formato CARTACEO)

- 15 € fino a 50 fogli + spese postali (racc. A/R)
- 25 € da 51 a 150 fogli + spese postali (racc. A/R)
- 35 € oltre i 150 fogli + spese postali (racc. A/R)

Sono comunque dovute eventuali spese postali di spedizione (racc. A/R) proporzionate in base al peso della raccomandata: 10 € per buste fino a 2 Kg, documentazione di peso superiore a 2 Kg verrà suddivisa in diverse buste, ciascuna sempre del peso massimo di 2 Kg e dal costo di 10 € ciascuna.

Per le richieste di **copia** di cartella clinica **successive alla prima** si applicano le seguenti tariffe:

- Copia semplice in formato DIGITALE € 10 ogni copia
- Copia semplice in formato CARTACEO € 10 ogni copia oltre le spese postali (racc. A/R)

Dove e come pagare

Per tutte le ipotesi in cui è dovuto un pagamento dovrà seguire le indicazioni riportate sul foglio che le verrà inviato per posta elettronica

- 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 digitando il codice inviato per posta elettronica dall'Ufficio Copia Cartelle Cliniche successivamente alla richiesta.
- Attraverso il modello 3 di pagoPA® seguendo le indicazioni riportate sul foglio pagoPA avviso di pagamento.