



Azienda ULSS 12 Veneziana

Sede legale: Via Don Federico Tosatto 147
30174 Mestre-Venezia

MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

È richiesta copia conforme della cartella clinica di:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/...../.....

Residente in.....

Via.....

Ricoveri presso i Reparti di

•dal.....al.....

•dal.....al.....

•dal.....al.....

•dal.....al.....

•dal.....al.....

LA RICHIESTA È EFFETTUATA: (barrare il quadrato e/o il cerchio di opzione)

DALLO STESSO TITOLARE DELLA CARTELLA

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/...../.....

Residente in.....

Via.....

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e un documento valido della persona che fa la delega.

Firma.....

Ospedale Civile di Venezia SS Giovanni e Paolo - Direzione Medica - Ufficio Cartelle Cliniche

telefono 041 5294321 - Fax 041 5294560

per informazioni telefoniche: dalle ore 8:30 alle ore 9:30 dal lunedì al venerdì (esclusi i giorni festivi)

**RICHIESTA E RITIRO DELLE COPIE DELLE CARTELLE CLINICHE
PRESSO CENTRO UNICO PRENOTAZIONI - CUP**

Dalle ore 8:00 alle ore 18:00 da lunedì al venerdì(esclusi i festivi)

Dalle ore 8:00 alle ore 12:00 il sabato

In caso di mancato ritiro della cartella l'amministrazione provvederà all'archiviazione dopo 90 gg



Azienda ULSS 12 Veneziana
 Sede legale: Via Don Federico Tosatto 147
 30174 Mestre-Venezia

OPPURE

DAL SOTTOSCRITTO:

Nome.....Cognome.....
 Nato a.....il/...../.....
 Residente in.....
 Via.....

- in quanto **esercente la patria potestà** sul minore titolare della cartella
oppure
- in quanto **tutore** del titolare della cartella
oppure
- nell'esercizio del **diritto d'accesso, ai sensi della Legge 241/1990**, per la tutela di una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato e cioè che consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile, come di seguito esposto:

.....

ATTENZIONE: la richiesta non potrà essere presa in esame in caso di mancata, o superficiale, esposizione dei motivi posti alla base dell'istanza di accesso.

oppure

- nella necessità di **far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria** di rango pari a quello dell'interessato e cioè che consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile, come di seguito esposto:

.....

ATTENZIONE: la richiesta non potrà essere presa in esame in caso di mancata, o superficiale, esposizione dei motivi posti alla base dell'istanza di accesso.

Oppure



Azienda ULSS 12 Veneziana

Sede legale: Via Don Federico Tosatto 147
30174 Mestre-Venezia

- in qualità di **erede** del titolare della cartella

Oppure

- per esigenze di tutela del titolare della cartella **DECEDUTO** o per ragioni familiari meritevoli di tutela, come di seguito esposto:

.....
.....
.....
.....
.....

ATTENZIONE: la richiesta non potrà essere presa in esame in caso di mancata, o superficiale, esposizione dei motivi posti alla base dell'istanza di accesso.

OPPURE

- In qualità di **difensore** di:

Nome.....Cognome.....

Nato

a.....il...../...../.....

Residente in.....

Via.....

per lo svolgimento delle **investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 397** nel procedimento penale in corso per le seguenti imputazioni:.....
.....
.....

* Allega, a tal fine, copia del mandato.



Azienda ULSS 12 Veneziana

Sede legale: Via Don Federico Tosatto 147
30174 Mestre-Venezia

Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:

Nome.....Cognome.....
Nato a.....il/...../.....
Residente in.....
Via.....

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e un documento valido della persona che fa la delega.

DATA.....

FIRMA:.....

Il sottoscritto richiedente, consapevole dell'obbligo, nel caso di dichiarazione mendace, di restituire all'U.L.S.S. la documentazione ricevuta e di risarcire l'eventuale danno, consapevole altresì delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

CHE QUANTO ESPOSTO NEL PRESENTE MODULO CORRISPONDE A VERITÀ.

DATA

FIRMA:.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 /2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante.

La dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante previamente identificato a mezzo di.....

IL FUNZIONARIO:.....