



PIA FONDAZIONE  
CARD. G. PANICO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel/ \_\_\_\_\_ mail (PEC) \_\_\_\_\_

**Documento** \_\_\_\_\_

**in qualità di**  TITOLARE, MAGGIORENNE, della documentazione sanitaria richiesta

**ovvero** **DICHIARA DI ESSERE** (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

- esercente la patria potestà in caso di minore
- tutore o curatore o amministratore di sostegno
- erede legittimo o testamentario

- soggetto delegato dal titolare della documentazione sanitaria
- avvocato o procuratore del titolare della documentazione sanitaria munito di procura

Il soggetto intestatario della documentazione richiesta è il Sig./Sig.ra :

nominativo \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residenza/domicilio \_\_\_\_\_

TIPO Documento e Nr T.S. \_\_\_\_\_

**CHIEDE il rilascio in copia della seguente documentazione sanitaria:**

- cartella clinica relativa al ricovero (  Ordinario,  Day Surgery,  Day Hospital,  DayService)

Reparto \_\_\_\_\_ Nr Ricovero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Nr Ricovero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Nr Ricovero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Nr Ricovero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ Nr Ricovero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

referti di pronto soccorso del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

Copia su CD di esami Radiologici del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

**Referti Ambulatoriali:**

**Specialità:** \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Specialità:** \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Specialità:** \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Tale richiesta è finalizzata ad uso:**  assicurativo  medico  pensionistico  legale

**CHIEDE che la suddetta documentazione sanitaria venga inviata Raccomandata AR (costo aggiuntivo 5 €):**

alla residenza/domicilio dell'intestatario della documentazione (come sopra riportato)

alla residenza/domicilio del Richiedente/Autorizzato/Delegato (come sopra riportato) a condizione che risulti consegnata la delega formale

**Per le copie da inviare per posta attendere la quantificazione dell'importo da parte dell'Ufficio Cartelle Cliniche prima di effettuare il pagamento**

**Tel./Fax**

Tel. 0833 - 543278

Fax 0833 - 543561

**Orario**

dal Lunedì al Venerdì

8.30 - 18.30

Il Sabato

8.30 - 12.30

## OVVERO

[ ] che la documentazione sanitaria richiesta sarà ritirata personalmente in qualità di titolare;

[ ] che la documentazione sanitaria richiesta sarà ritirata dalla persona identificata nel modulo di delega ;

### PRENDE VISIONE ED ACCETTA

• i costi per il rilascio di Copie di documentazione sanitaria e le relative condizioni economiche che sono le seguenti:

- Cartella Clinica (solo 1) fino a 50 Fogli = **Tot € 20,00**
- Cartella Clinica (solo 1) da n. 51 Fogli a 100 Fogli = **Tot € 25,00**
- Cartella Clinica (solo 1) da 101 Fogli in poi = **Tot € 40,00**
- Cartelle Cliniche (più di 1, ma dello stesso Anno) fino a 50 Fogli = **Tot € 25,00**
- Cartelle Cliniche (più di 1, ma dello stesso Anno) da n. 51 Fogli a 100 Fogli = **Tot € 30,00**
- Cartelle Cliniche (più di 1, ma dello stesso Anno) da 101 Fogli in poi = **Tot € 45,00**
- Copia Cartella Ambulatoriale, Day Service o DH o Pronto Soccorso da 1 Fogli a 10 Fogli = **Tot. € 7,00**
- Copia Cartella Ambulatoriale, Day Service o DH o PS oltre 10 Fogli = **Tot € 20,00**
- Costi riproduzione CD **€ 12,00** per ciascun CD
- Copia singolo Referto ambulatoriale = **Tot € 3,00**

• che il termine di consegna della documentazione è di norma entro i 30 giorni, a condizione che la Cartella Clinica sia stata acquisita in Archivio \* (ciò sarà possibile quando tutti gli esami diagnostici risultino completati)

• **Il pagamento può essere effettuato tramite:**

- apparecchi per la riscossione automatica allo Sportello
- versamento sul c/c n° 36012888 intestato A.O. "Card. G.Panico" causale: diritti di Copia cartelle cliniche
- bonifico bancario IBAN IT64J0326880110052894629440

### DICHIARA, infine, di essere consapevole

- delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000
- che, in caso di mancato ritiro della documentazione richiesta entro 30 giorni dalla disponibilità presso l'Ufficio cartelle cliniche, l'Azienda Ospedaliera Card. G. Panico potrà attivare la procedura per il recupero spese e sanzioni.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il richiedente (firma) \_\_\_\_\_

### DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA (allegare copia documento di identità del delegante)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ Email(PEC) \_\_\_\_\_

### DELEGA

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

identificato mediante il seguente documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

[ ] al ritiro della documentazione sanitaria richiesta con il presente modulo

Firma \_\_\_\_\_

**La presente richiesta di documentazione sanitaria può essere inviata, allegando fotocopia di valido documento di identità del richiedente, anche tramite fax, e-mail o e-mail a:**

**A.O. "Card.G.Panico" Via S.Pio, X n,4 TRICASE 73039 (LE) - Ufficio Cartelle Cliniche -**

**Tel. 0833 543278 Fax 0833 543561**

**e-mail: [cartellecliniche@piafondazionepanico.it](mailto:cartellecliniche@piafondazionepanico.it)**

**Per ulteriori Info consultare il Sito Web [www.piafondazionepanico.it](http://www.piafondazionepanico.it) - Sezione dedicata -**