

## ALLEGATO A

DATA RICHIESTA .....

COPIA CARTELLA CLINICA - COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA VARIA  
COPIA REFERTI SU SUPPORTO INFORMATICO - COPIA ESAMI RADIOLOGICI SU LASTRA

## DA COMPILARE IN STAMPATELLO

Del/la Sig./ra.....nato/a a.....  
il..... residente a..... in via.....n°.....  
C.A.P.....Prov.....Tel.....cell.....  
e-mail: .....

## RICHIESTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**Cartella clinica:**

Ricoverato/a nel Reparto..... dal .....al.....Ospedale di .....

Ricoverato/a nel Reparto..... dal .....al.....Ospedale di .....

Ricoverato/a nel Reparto..... dal .....al.....Ospedale di .....

Ricoverato/a nel Reparto..... dal .....al.....Ospedale di .....

**Documentazione sanitaria:**

Tipo ..... Servizio..... Data.....

## PER MINORE - INCAPACE LEGALE

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a .....il .....  
residente a.....in Via .....n°..... C.A.P..... Prov.....  
**DICHIARA**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.00 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, di essere:  
**O GENITORE; O TUTORE; O CURATORE; O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO; O ALTRO:** .....

## PER EREDE

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a .....il .....  
residente a.....in Via .....n°..... C.A.P..... Prov.....  
**EREDE LEGITTIMO/TESTAMENTARIO DICHIARA**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.00 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci di essere: ..... del/la Sig./ra .....  
deceduto/a in data.....

**E' consapevole delle seguenti norme generali:**

- Il rilascio dei documenti richiesti potrà avvenire solo a seguito dell'avvenuto pagamento.
- **La documentazione resterà presso gli uffici competenti a disposizione del richiedente per 30 gg dalla data di consegna prevista.** In caso di mancato ritiro entro i termini sopra indicati, si provvederà d'ufficio ad avviare all'interessato un sollecito a ritirare quanto richiesto entro i successivi trenta giorni. Decorso inutilmente tale termine, si provvederà all'eliminazione delle copie della documentazione sanitaria, **con trattenuta dell'acconto versato e alla richiesta dell'eventuale differenza dovuta.**

L'Azienda ULSS 5 Polesana, in qualità di titolare del trattamento, attesta che tratterà i dati sopraesposti per le sole finalità amministrative per le quali la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali: per tutti i dettagli, si invita a prendere visione del documento informativo generale affisso nei vari locali dell'Azienda e consultabile nel portale web istituzionale [www.aulss5.veneto.it](http://www.aulss5.veneto.it), sezione "privacy"

**Esibisce il seguente documento di riconoscimento:**  Carta d'identità  Patente  Altro .....

N°..... del ..... rilasciata da.....

**FIRMA DEL RICHIEDENTE** .....

\_Richiesta ricevuta in data..... da .....

### Tariffario per il rilascio di documentazione sanitaria

|  |         |
|--|---------|
| - acconto per cartella clinica fino a 50 fasciate:               | € 20,00 |
| - copia di ogni ulteriore multiplo o frazione di 50 fasciate:    | € 20,00 |
| - copia di documentazione sanitaria varia:                       | € 5,00  |
| - copia di referto su supporto digitale informatico:             | € 10,00 |
| - copia di esami radiologici su lastra per formati fino a 20x40: | € 12,00 |
| - copia di esami radiologici su lastra per formati superiori:    | € 15,00 |
| - spese di spedizione per invio della raccomandata A.R.          | € 10,00 |

**ATTENZIONE:** s'informa che in caso di ricovero prolungato la cartella potrebbe essere molto voluminosa e di conseguenza **ECONOMICAMENTE** onerosa, si consiglia preventiva informazione.

### Delego al ritiro del documento

Il/La Sig./ra.....  
nato/a.....il.....  
residente a ..... Prov.....

Firma del delegante .....

**La persona delegata deve presentarsi con un suo documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido del delegante.**

Il delegato esibisce il seguente documento:  Carta d'identità  Patente  Altro .....

N°..... del ..... rilasciata da.....

### Richiedo la spedizione al seguente indirizzo

Sig./ra.....  
Via..... n°.....  
C.A.P.....Comune.....Prov.....

**Accetto che la consegna possa avvenire a persona diversa dal destinatario, secondo il codice postale e sollevo l'Azienda da responsabilità connesse a disguidi/errori postali.**

Firma .....

- Le spese di spedizione dell'importo forfetario di € 10,00 sono a carico del destinatario.  
- Le somme dovute all'Ente dovranno essere versate utilizzando il sistema PagoPA (*per ogni ulteriore informazione in merito consultare il sito dell'Azienda Ulss 5 Polesana, cliccando sulla voce: **Gestione dei pagamenti da parte di privati e pubblici: PagoPa e My Pay***)

**Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Rovigo**  
**Viale Tre Martiri n. 140 – 45100 Rovigo**  
Tel. n. 0425-394316 - Fax n. 0425-394419  
e-mail: [ritiroreferti@aulss5.veneto.it](mailto:ritiroreferti@aulss5.veneto.it)

**Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Trecenta**  
**Viale Prof. Ugo Grisetti n. 265 – 45035 Trecenta (RO)**  
Tel. n.0425-725201 / 0425-725065 - Fax n.0425-725079  
e-mail: [ritiroreferti.trecenta@aulss5.veneto.it](mailto:ritiroreferti.trecenta@aulss5.veneto.it)

**Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Adria – Ospedale Vecchio**  
**Piazza degli Etruschi n. 9 – 45011 Adria (RO)**  
Tel. n. 0426-940398 – Fax n. 0426-940415  
e-mail: [ritiroreferti.adria@aulss5.veneto.it](mailto:ritiroreferti.adria@aulss5.veneto.it)