



FONDAZIONE BRUNO PARI di OSTIANO

ISTRUZIONE OPERATIVA

DIVERSE UdO

RICHIESTA E RILASCIO CARTELLA CLINICA

MODULO RICHIESTA CARTELLA CLINICA

(All.n°1 – I.O. rev. 00 "RICHIESTA E RILASCIO CARTELLA CLINICA")

Spett.le Direzione Sanitaria
Della Fondazione Bruno Pari di Ostiano
Via G.b. Rosa n°42, (26032) OSTIANO (CR)
amministrazione@brunopari.it
PEC: amministrazione@pec.ospedaleostiano.it

Richiedente:

Nome e Cognome:

Indirizzo:

Città:

CAP:

Telefono:

E-mail - PEC:

OGGETTO: Richiesta rilascio copia cartella clinica

Con la presente, il/la sottoscritto/a [Inserire Nome e Cognome]

nato/a a [Inserire Luogo e Data di Nascita],

codice fiscale [Inserire Codice Fiscale],

in qualità di:

✓ **Ospite/Utente interessato,**

oppure

✓ **Rappresentante legale del paziente** (allegare delega firmata e copia di un documento di identità del paziente),

oppure

✓ **Erede del paziente deceduto** (allegare autocertificazione del grado di parentela e copia di un documento di identità)

CHIEDE

Il rilascio di (selezionare una delle due opzioni):

✓ copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero dell'Ospite/Utente

oppure

✓ estratto di copia della cartella clinica relativa al ricovero del paziente. A tale riguardo si chiede specificamente (indicare le sezioni richieste)

- Nome e Cognome: [Inserire Nome e Cognome dell'Ospite/Utente]
- Periodo di Ricovero: [Inserire Date di Inizio e Fine Ricovero]
- Reparto/UDO: [Inserire Reparto di Degenza/UdO]

Modalità di ricezione richiesta:

- Preferibilmente in formato elettronico, tramite e-mail/PEC all'indirizzo [Inserire Indirizzo E-mail/PEC],

oppure

	FONDAZIONE BRUNO PARI di OSTIANO
	ISTRUZIONE OPERATIVA DIVERSE UdO
	RICHIESTA E RILASCIO CARTELLA CLINICA

- In formato cartaceo (copie fotostatiche con addebito di costo dal 2° rilascio), da ritirare presso l'URP o inviata all'indirizzo postale sopra indicato.

Documenti allegati:

1. Copia di un documento di identità valido del richiedente.
2. Eventuale delega firmata dal paziente o autocertificazione del grado di parentela (se applicabile).
3. Eventuale ricevuta di pagamento per le spese di riproduzione (se richiesto preventivamente).

Richiamo normativo:

Si ricorda che:

- Ai sensi dell'art. 4, comma 2, legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), "La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, [...] fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico".
- L'istanza di rilascio copia può essere formulata anche ai sensi dell'art. 15, comma 3, del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR), avendo ad oggetto dati personali a cui il paziente e, in caso di decesso, i suoi congiunti hanno pieno diritto di accedere.
- L'art. 328 c.p. (Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione) prevede il reato di rifiuto od omissione di atti d'ufficio a carico del pubblico ufficiale o dell'incaricato di un pubblico servizio il quale, entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse, non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo.

Si resta in attesa di un riscontro entro i termini di legge, rimanendo naturalmente a disposizione per eventuali chiarimenti o integrazioni.

[Luogo e Data]

Firma del richiedente: _____

Note:

La presente richiesta può essere inoltrata tramite PEC, raccomandata con ricevuta di ritorno o presentata personalmente presso la Fondazione Bruno Pari di Ostiano Onlus.

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria ricompresa nella cartella sociosanitaria di defunto
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a
 nato/a a _____ () il
 residente a _____ () in Via N. _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del c. p. e delle leggi speciali in materia sotto la propria responsabilità

DICHIARA

in relazione all'istanza presentata, di essere

- ☐ erede legittimo*
- ☐ erede testamentario
- ☐ persona in unione civile
- ☐ convivente

I dati saranno trattati dalla Fondazione, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti.

Il/la sottoscritto/a
ne autorizza il trattamento, compreso quello dei dati particolari nel rispetto del Reg. Ue 2016/679 e ss. mm.ii.

[Luogo e Data]

Firma del richiedente: _____