

Ufficio Cartelle Cliniche

Via E. Tricomi, 5

90127 Palermo

Tel. 091 2192355

Fax 091 2192232

DIREZIONE SANITARIA

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

_____, _____
(luogo) (data)

Il/la sottoscritto/a _____ [inserire i dati del richiedente]

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____, Residente a _____ Prov. _____ Via
_____ No. _____ C.A.P. _____ Tel. _____,

Doc. d'identità _____ N° _____ rilasciato da
_____ il _____ che si allega in copia **[fronte-retro]**, consapevole delle sanzioni penali,
nel caso di dichiarazioni non veritiere negli atti, di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

CHIEDE

- in qualità d'intestatario della documentazione sanitaria (in caso di minore emancipato, allegare idonea autocertificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000 attestante il relativo stato, **Allegato 4 bis**)
- in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale (allegare autocertificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000 attestante il relativo stato di cui all'**Allegato 4 bis**, o stato di famiglia);
- in qualità di tutore o amministratore di sostegno (allegare autocertificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000 di cui all'**Allegato 4 bis**, ovvero copia del provvedimento di nomina, ovvero copia integrale dell'atto di nascita del paziente riportante la relativa annotazione ai sensi degli artt. 405 e 423 c.c.);
- in qualità di _____ (allegare autocertificazione del proprio *status* ex art. 47 D.P.R. 445/2000, di cui all'**Allegato 4 bis**)

Le autocertificazioni da allegare sono reperibili presso l'Ufficio Cartelle Cliniche ovvero sul sito www.ismett.edu alla pagina Home page >link laterale "Form richiesta documentazione clinica"

IL RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

relativa al paziente [da compilarsi solo ove diverso dal richiedente]
_____ nato/a a
_____ il _____
C.F. _____, residente a _____ Prov. _____ Via
_____ No. _____ C.A.P. _____

in relazione al/ai ricovero/i:

Nosologico N. _____ dimesso il _____ copie n. _____
Nosologico N. _____ dimesso il _____ copie n. _____
Nosologico N. _____ dimesso il _____ copie n. _____

Se il richiedente è soggetto diverso dal paziente o dal suo rappresentante legale è necessario specificare dettagliatamente le ragioni per le quali si richiede copia della documentazione:

Desidero che la documentazione venga:

- consegnata a mani su supporto cartaceo, previa esibizione del documento d'identità [In caso di ritiro da parte di un delegato, quest'ultimo dovrà presentarsi al ritiro con copia del presente modulo debitamente firmato, unitamente a copia del proprio documento di identità in corso di validità]
- consegnata a mani su supporto informatico (CD/DVD), previa esibizione del documento d'identità [In caso di ritiro da parte di un delegato, quest'ultimo dovrà presentarsi al ritiro con copia del presente modulo debitamente firmato, unitamente a copia del proprio documento di identità in corso di validità]
- inviata su supporto cartaceo all'indirizzo sopra indicato (per raccomandata a/r o corriere). In questo caso, le spese di spedizione saranno a carico del destinatario. La documentazione verrà inviata all'indirizzo da Lei indicato; ove volesse ricevere la documentazione ad un indirizzo diverso, La preghiamo di indicarlo di seguito: _____ [inserire indirizzo]
- inviata su supporto informatico (CD/DVD) all'indirizzo sopra indicato (per raccomandata a/r o corriere). In questo caso, le spese di spedizione saranno a carico del destinatario. La documentazione verrà inviata all'indirizzo da Lei indicato; ove volesse ricevere la documentazione ad un indirizzo diverso, La preghiamo di indicarlo di seguito: _____ [inserire indirizzo]

Per il rilascio della documentazione è necessario pagare un ticket di euro 12,20 per ogni copia richiesta e **allegare documentazione comprovante il predetto pagamento.**

Il ticket può essere pagato presso il nostro ufficio (aperto da lunedì a venerdì, ore 8-18) oppure tramite:

- **Versamento sul C/C postale** n 66898289 intestato ad ISMETT srl. (ABI 07601 - CAB 04600 - CODICE IBAN IT17J076010460000066898289 - BIC BPPIITRRXXX)
- **Bonifico bancario** su C/C n 000300377185 – UNICREDIT intestato a ISMETT srl (ABI 02008 - CAB 05365 - CIN R - CODICE IBAN : IT48R0200805365000300377185 - BIC UNCRITMMORS)

Specificando nella causale del versamento *RICHIESTA COPIA CARTELLA (nome del paziente)-*

Palermo, _____

Firma del richiedente _____

Allegati:

- **copia del documento d'identità del richiedente [fronte-retro];**
- **autocertificazione (ove necessario);**
- **documentazione comprovante il pagamento del ticket**

DELEGA AL RITIRO

Delego al ritiro della documentazione il Signor/la Signora

_____ [inserire nome e cognome del delegato]

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____, No. _____

Prov. _____ cap. _____ tel. _____

Doc. d'identità _____ N° _____ rilasciato da _____ il _____

(che deve essere presentato al momento del ritiro unitamente a copia del presente form)

Firma del delegante

Compilare nel caso in cui la richiesta venga effettuata da persona straniera non in grado di comprendere l'italiano

Dichiaro di aver ascoltato e compreso la traduzione del presente documento nella lingua sotto contrassegnata, oralmente resa dall'interprete incaricato dall'ospedale

FRA Je déclare que j'ai entendu et compris la traduction orale en française de ce document réalisée par l'interprète de l'hôpital

SPA Yo declaro que he escuchado y entendido la traducción oral en español de este documento realizada por el interprete del hospital

ARA أنا الموقع أدناه أقر أنني سمعت واستوعبت الترجمة الشفوية إلى اللغة العربية لهذه الوثيقة التي أجراها المترجم المعين من المستشفى

EBR אני מצהיר בזאת ששמעתי והבנתי את התרגום בעל פה, בעברית, של המסמך הזה מהמתרגם של בית החולים

BUL Твърдя, че съм чул и разбрал изложението в документа, преведен ми устно на български език от нарочно посочения за случая от болницата преводач.

RUM Declar ca am ascultat si am înteles traducerea orală în limba româna a acestui document facuta de traducatorul însarcinat de catre acest spital

TED Hiermit erkläre ich, dass ich die deutsche mündliche Übersetzung des vorliegenden Dokumentes angehört und verstanden habe

GRE Δηλώνω ότι άκουσα και κατανόησα, από τον αρμόδιο διερμηνέα του νοσοκομείου, την προφορική μετάφραση στα Ελληνικά του παρόντος εγγράφου

ALB Deklaroj qe kam ndegjuar e kuptuar perkthimin gojore te ketij dokumenti ne gjuhen shqipe i perkthyer nga perkthyesi pergigjes nga spitali

SR-CR Izjavljujem da sam cuo i razumeo usmeni prevod ovog dokumenta na srpskom - hrvatskom jeziku zaduzen od prevodilaca bolnice

MAL Jiena smajt u fhimt it-traduzzjoni għal malti tà dan id-dokument magħmul ha mill-interpretu tà l-isptar

..... _____

Firma del soggetto che fa la richiesta

Firma dell'interprete che ha reso la traduzione

Nome e cognome dell' interprete

Palermo, li