

Ufficio Cartelle Cliniche

Via E. Tricomi, 5

90127 Palermo

Tel. 091 2192355

Fax 091 2192232

DIREZIONE SANITARIA

MODULO RICHIESTA COPIA REFERTO

_____, _____
(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. _____,

Fax _____ [da compilare solo ove si richieda l'invio via fax]

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, di cui all' **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. 46 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 DEL/DEI REFERTO/I

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. _____

Referto _____

Nosologico N. _____ dimesso il _____ copie n. _____

Referto _____

Nosologico N. _____ dimesso il _____ copie n. _____

Referto _____

o

in relazione alla procedura _____

eseguita presso ISMETT in data _____

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 di un 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 di un 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]**

inviata via *fax* al numero sopra indicato. In questo caso, potrà essere inviata solo documentazione che non superi le 5 pagine. **[leggere le avvertenze sotto riportate]**

Avvertenza: il fax è un sistema meno sicuro rispetto ai precedenti, pertanto, ove volesse ricevere la documentazione utilizzando tale strumento, La informiamo che nessuna responsabilità potrà essere imputata ad ISMETT in caso di smarrimento e/o accesso alle informazioni da parte di soggetti non autorizzati. Per integrale accettazione La preghiamo di apporre la sua firma _____ **[firma del richiedente]¹.**

Palermo, _____

Firma del richiedente _____

Allegati:

- **copia del documento d'identità del richiedente [fronte-retro];**
- **autocertificazione (ove necessario)**

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

⁽¹⁾ In assenza di sottoscrizione la documentazione verrà inviata all'indirizzo inserito dal richiedente, a mezzo posta raccomandata o corriere.

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