

**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](http://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]**<sup>1</sup>.**

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

<sup>(1)</sup> 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