

Ufficio Cartelle Cliniche  
Via E. Tricomi, 5 - 90127 Palermo  
Tel. 091 2192355 - Fax 091 2192232

**DIREZIONE SANITARIA**

**MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA**

\_\_\_\_\_ ,li \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Doc. d'identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ i l \_\_\_\_\_ 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)
- 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, 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, 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)

**IL RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**

relativa al paziente \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

**PER I SEGUENTI MOTIVI** (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
- consegnata a mani su supporto informatico (CD/DVD), previa esibizione del documento d'identità
- 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:

\_\_\_\_\_

- 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: \_\_\_\_\_

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 05364 - CIN Q - CODICE IBAN : IT36Q0200805364000300377185 - BIC UNCRITMMORS)

Specificando nella causale del versamento **RICHIESTA COPIA CARTELLA E NOME DEL PAZIENTE**

Palermo, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

**ALLEGATI**

**Copia del documento d'identità del richiedente**

**Autocertificazione**

**Pagamento del ticket**

**DELEGA AL RITIRO**

Delego al ritiro della documentazione il Signor/la Signora \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Doc. d'identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il delegante \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**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