# Ufficio Cartelle Cliniche Orario: 09-12 Sportello

**per Informazioni 12-13.00 Tel/fax** **0825/203335**

 sottoscritt nato a il residente a via CAP Tel. Cell. CHIEDE

In qualità di diretto interessato, il rilascio della seguente documentazione sanitaria:

 COPIA DELLA CARTELLA CLINICA (RICOVERO)\*  in forma Autenticata\*

del U.O. del U.O.

 COPIA DELLA CARTELLA CLINICA (DAY HOSPITAL-DAY SURGERY)\*  in forma Autenticata\*

del U.O.

 COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DI PRONTO SOCCORSO\*\*  in forma Autenticata\*\*

del U.O.

Data

 SI RICHIEDE LA SPEDIZIONE A DOMICILIO\*\*\* ( con pagamento anticipato spese di spedizione +copia cartella)

FIRMA

ALLEGARE COPIA DEL CERTIFICATO D’IDENTITA’ DEL RICHIEDENTE

**N.B. La consegna di quanto sopra richiesto sarà effettuata solo dietro presentazione di regolare documento d’identità. In caso di delega compilare il modulo “delega” qui sotto.**

 sottoscritt **DELEGA**

 Sig. al ritiro della Copia Cartella Clinica

(firma dell’interessato Cartella Clinica)

**Certificato d’identità del delegante**

**N**. **rilasciato a il Certificato d’identità del delegato**

**N**. **rilasciato a il**

I dati conteuti in questo documento sono strumentali all’attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, e saranno trattati nel pieno rispetto dei principi della normativa sulla protezione dei dati personali (Regolamento Generale UE 2016/679) e D. Lgs. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. 101/2018. L’informativa relativa al trattamento dei dati personali conferiti è disponibile al link [www.aornmoscati.it](http://www.aornmoscati.it). Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del

Regolamento UE 2016/679 e che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall’Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni previste dalla normativa vigente.

**Tariffe:**

\*copia cartella clinica (ricovero-day hospital-day surgery): **euro 10,00**  in forma autenticata **euro 50,00;**

**\*\*** copia referto di pronto soccorso cartella clinica: **euro 5,00** in forma autenticata **euro 25,00;**

**\*\*\*** spese di spedizione a domicilio **euro 8,00** da aggiungersi al costo copia cartella da effettuarsi con unico versamento;

**N.B. Il versamento va comprovato all’atto della richiesta con le seguenti modalità:**

* **c/c postale n. 13454830 intestato AORN S.G. Moscati -Avellino;**
* **c/c bancario Banca Popolare di Bari intestato AORN S.G. Moscati -Avellino IBAN: IT 32 C 05424 04297 0000 0000 0207**
* **casse Aziendali CUP/Ticket**

**con causale : rilascio copia documentazione sanitaria**