

**RICHIESTA RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA DA PARTE DELL'EREDE**

**Intestatario della cartella clinica**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

U.O. di degenza:  Psichiatria  T.I.G.C.A.  Neuroriabilitazione cod. 75

Data e luogo del decesso: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

**Richiedente terzo erede dell'intestatario**

Io sottoscritto/a [nome] \_\_\_\_\_ [cognome] \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ [Prov.] \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, residente in [Città] \_\_\_\_\_ [Prov.] \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_) alla via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono: \_\_\_\_\_

erede legittimo/testamentario munito di idonea certificazione attestante tale qualità, essendo titolare della situazione giuridicamente tutelata, per la difesa della quale si rende necessaria la copia della cartella clinica del *de cuius*, in sintesi appresso indicata

**CHIEDO**

che mi venga rilasciata, a mie spese, copia della cartella clinica relativa:

- all'ultimo ricovero fruito presso questa Casa di Cura dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- a tutti i ricoveri fruiti presso questa Casa di Cura
- a n. \_\_\_\_\_ ricoveri nei periodi dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Per quanto attiene alla consegna:**

- provvederò personalmente al ritiro, salvo delega a persona da me successivamente designata;
- delego il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (che al momento del ritiro esibirà valido documento di identità);
- chiedo che la copia venga trasmessa, a mezzo del servizio postale con plico raccomandato, presso il mio domicilio al seguente indirizzo
- \_\_\_\_\_

Io sottoscritto ai sensi del R. UE 2016/679 e del D. Lgs 2018/101 (Codice Privacy) acconsento a che i miei dati personali siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli obbligatorî adempimenti previsti dalla legge.

Lecce, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**(\*) allegare certificazione attestante la qualità di erede e documento di identità**

**Per impossibilità della sottoscrizione**

L'istanza e le dichiarazioni sono state rese verbalmente, dinanzi all'operatore incaricato, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, previo riconoscimento dell'identità personale del richiedente che dichiara

- di non saper firmare  di non poter firmare per il seguente motivo \_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

**ANNOTAZIONI**

- La cartella può essere fotocopiata e se ne autorizza il rilascio
- La cartella non può essere fotocopiata e non si autorizza il rilascio per il seguente motivo \_\_\_\_\_

Firma del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

- ha pagato € \_\_\_\_\_ Fattura n. \_\_\_\_\_ Firma dell'addetto \_\_\_\_\_

**La copia della cartella è stata:**

- consegnata al richiedente in data \_\_\_\_\_ Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

- spedita in data \_\_\_\_\_ Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

✓ La copia della cartella clinica non potrà essere rilasciata prima della dimissione dell'interessat\_ da questa Casa di Cura; la richiesta verrà evasa nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 giorni dal ricevimento della presente richiesta. Tale termine verrà prorogato di ulteriori 15 giorni per comprovati impedimenti. La stessa potrà essere ritirata nei seguenti orari:

- **Mattina (escluso i festivi) – ore 08.00 → 13.30**

L'Amministrazione ha fissato il costo delle cartelle cliniche come appresso indicato, incrementato – ove richiesto – delle spese di spedizione in base al volume delle cartelle cliniche:

- **Cartella Reparto Psichiatria (singolo ricovero) € 20.00 + € 10.00 per eventuale spedizione;**

- **Cartella Reparto T.I.G.C.A. e Reparto Neuroriabilitazione cod. 75 € 70.00 per ogni ricovero + eventuali spese di spedizione**