**Intestatario della documentazione**

 Nome ……………………………………………………… Cognome …………………………………………………………..

Nato/a a ………………………………………Prov. (         ) il ………………………………………………………

Residente a …………………………………………………………………  via ……………………………………………………………………………..n ………..

cap………………………………….. Prov. ……………………...telefono ………………………………………………………………….

**Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall’intestatario)**

Nome ……………………………………………………… Cognome…………………………………………………………..

Nato/a a ………………………………………Prov. (        ) il ………………………………………………………

Residente a …………………………………………………………………  via ……………………………………………………………………………..n ………..

cap………………………….. Prov. …………………….telefono ………………………………………………………………….

Consapevole delle responsabilità previste dall’art.76 del D.P.R. 445/2000. In caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA DI ESSERE**

 Intestatario della cartella clinica Tutore (o curatore) “allegare Provvedimento”

 Amministratore di sostegno Genitore esercente la patria potestà

 Curatore Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

CHIEDE

Copia della seguente documentazione sanitaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di erogazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

modalità di ritiro e pagamento

 presso L’Ufficio cartelle cliniche (in caso di ritiro di persona diversa dall’intestatario occorre presentare anche la delega)

 servizio postale specificando l’indirizzo di spedizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti di legge.

 Data ………………………….. Firma ……………………………………………………. (Allegare copia documento di identità)

 NOTE: il tempo di consegna delle copie della documentazione sanitaria è di 15 giorni dalla data di consegna della presente richiesta all’ufficio Cartelle Cliniche.

 Tariffa per il rilascio copia di scheda di Pronto Soccorso è di € 5,00.

Tariffa per il rilascio radiografie su supporto ottico € 10,00.

Questo modulo può essere consegnato presso l’Ufficio cartelle cliniche del Predio Ospedaliero oppure inviato per via email : **accettazionevibo@aspvv.it**unitamente alla copia della ricevuta di versamento dell’importo dovuto su conte corrente Postale n° 14284889 intestato : Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia, **causale “rilascio copia scheda PS oppure supporto informatico”**

Documento clinico consegnato il, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_