

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE

A

**ALL'UFFICIO ARCHIVIO CLINICO
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. Martino"**
Via Consolare Valeria – Gazzi – Messina
Tel 090-221-2441 - Fax 090-221-2141

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO A _____ PROVINCIA _____ IL ____/____/____
RESIDENTE IN _____ PROVINCIA _____
IN VIA _____ N. _____
CAP _____ RECAPITO TELEFONICO _____ EMAIL _____

CHIEDE

COPIA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA E/O DI N° _____ RADIOGRAFIE RELATIVE AL RICOVERO PRESSO:

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____
UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO E/O DI N° _____ RADIOGRAFIE RELATIVE ALLA VISITA EFFETTUATA PRESSO:

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____
UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL RICOVERO/LA VISITA AMBULATORIALE PRESSO:

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____
UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

- ALLEGO COPIA DEL MIO DOCUMENTO D'IDENTITÀ N° _____ RILASCIATO DA _____**
- PER LA RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA ALLEGO COPIA DEL VERSAMENTO DI 15 EURO QUALE ANTICIPO SECONDO LE MODALITÀ INDICATA NEL MODULO INFORMATIVO, IN ATTESA DELLA QUANTIFICAZIONE DELL'IMPORTO COMPLESSIVO.**
- ALLEGO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELLA PERSONA DA ME EVENTUALMENTE DELEGATA AL RITIRO DELLE COPIE.**

DATA ____/____/____ _____
FIRMA PER ESTESO DEL RICHIEDENTE

(EVENTUALE DELEGA DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE)

DELEGO AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE CHE HO RICHIESTO,

IL/LA SIG./SIG.RA _____
POSSESSORE DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ N° _____ RILASCIATO DA _____
CHE SI **ALLEGA IN COPIA** ALLA PRESENTE RICHIESTA.

LA PRESENTE DELEGA DEVE RITENERSI VALIDA FINO AD EVENTUALE REVOCA DA ME TRASMESSA PER ISCRITTO.

DATA ____/____/____ _____
FIRMA PER ESTESO DEL RICHIEDENTE

PARTE RISERVATA AL SETTORE ECONOMICO FINANZIARIO

ANTICIPO (€): _____

SALDO (€): _____

FIRMA E TIMBRO _____

FIRMA E TIMBRO _____

DATA ____/____/____ FATT. N. _____

DATA ____/____/____ FATT. N. _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.Lgs. 30/06/2003, n. 196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'Azienda Ospedaliera titolare del trattamento.

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE**M**

ALL'UFFICIO ARCHIVIO CLINICO
 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. Martino"
 Via Consolare Valeria – Gazzi – Messina
 Tel 090-221-2441 - Fax 090-221-2141

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
 NATO A _____ PROVINCIA _____ IL ____/____/____
 RESIDENTE IN _____ PROVINCIA _____
 IN VIA _____ N. _____
 CAP _____ RECAPITO TELEFONICO _____ EMAIL _____

**IN QUALITÀ DI GENITORE/TUTORE LEGALE DELLA PERSONA SOTTO INDICATA
 CHIEDE**

COPIA DELLA CARTELLA CLINICA E/O DI N° _____ RADIOGRAFIE RELATIVE AL RICOVERO DEL MINORE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV. (____) _____ IL ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO E/O DI N° _____ RADIOGRAFIE DELLA/E VISITA/E EFFETTUATA/E PRESSO:

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL/LA RICOVERO/VISITA AMBULATORIALE PRESSO:

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

- ALLEGO LA DICHIARAZIONE **OBBLIGATORIA** DELL'ATTO DI NOTORIETÀ ATTESTANTE LA MIA CONDIZIONE DI AVENTE DIRITTO
- ALLEGO COPIA DEL MIO DOCUMENTO D'IDENTITÀ N° _____ RILASCIATO DA _____
- PER LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA ALLEGO COPIA DEL VERSAMENTO DI 15 EURO QUALE ANTICIPO SECONDO LE MODALITÀ INDICATA NEL MODULO INFORMATIVO, IN ATTESA DELLA QUANTIFICAZIONE DELL'IMPORTO COMPLESSIVO.
- ALLEGO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELLA PERSONA DA ME EVENTUALMENTE DELEGATA AL RITIRO DELLE COPIE.

DATA ____/____/____

 FIRMA PER ESTESO DEL RICHIEDENTE

(EVENTUALE DELEGA DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE)

DELEGO AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE CHE HO RICHIESTO

IL/LA SIG./SIG.RA _____

POSSESSORE DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ N° _____ RILASCIATO DA _____

 CHE SI **ALLEGA IN COPIA** ALLA PRESENTE RICHIESTA.

LA PRESENTE DELEGA DEVE RITENERSI VALIDA FINO AD EVENTUALE REVOCA DA ME TRASMESSA PER ISCRITTO.

DATA ____/____/____

 FIRMA PER ESTESO DEL RICHIEDENTE

PARTE RISERVATA AL SETTORE ECONOMICO FINANZIARIO

ANTICIPO (€): _____

SALDO (€): _____

FIRMA E TIMBRO _____

FIRMA E TIMBRO _____

DATA ____/____/____ FATT. N. _____

DATA ____/____/____ FATT. N. _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.Lgs. 30/06/2003, n. 196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'Azienda Ospedaliera titolare del trattamento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR 18/12/2000, n. 445)

da presentare unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

Io sottoscritto/a _____
nato/a il ___/___/_____ a _____
in via _____ (prov.) _____
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

di essere il/la

di _____ nato/a il ___/___/_____
a _____ (prov.) _____

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data: _____, ___/___/_____

Il/La dichiarante (firma per esteso e leggibile): _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.Lgs. 30/06/2003, n. 196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'Azienda Ospedaliera titolare del trattamento.

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE

E

**ALL'UFFICIO ARCHIVIO CLINICO
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. Martino"**
Via Consolare Valeria – Gazzi – Messina
Tel 090-221-2441 - Fax 090-221-2141

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO A _____ PROVINCIA _____ IL ____/____/____
RESIDENTE IN _____ PROVINCIA _____
IN VIA _____ N. _____
CAP _____ RECAPITO TELEFONICO _____ EMAIL _____

IN QUALITÀ DI LEGITTIMO EREDE DELLA PERSONA SOTTO INDICATA

CHIEDE

COPIA DELLA CARTELLA CLINICA E/O DI N° _____ RADIOGRAFIE RELATIVE AL RICOVERO DI:
COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV. (____) _____ IL ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO E/O DI N° _____ RADIOGRAFIE DELLA/E VISITA/E EFFETTUATA/E PRESSO:

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL/LA RICOVERO/VISITA AMBULATORIALE PRESSO:

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____ UNITÀ OPERATIVA _____ DATA ____/____/____

ALLEGO LA DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ ATTESTANTE LA MIA CONDIZIONE DI AVENTE DIRITTO

ALLEGO COPIA DEL MIO DOCUMENTO D'IDENTITÀ N° _____ RILASCIATO DA _____

PER CAOPIA DELLA CARTELLA CLINICA ALLEGO COPIA DEL VERSAMENTO DI 15 EURO QUALE ANTICIPO SECONDO LE MODALITÀ INDICATA NEL MODULO INFORMATIVO, IN ATTESA DELLA QUANTIFICAZIONE DELL'IMPORTO COMPLESSIVO.

ALLEGO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELLA PERSONA DA ME EVENTUALMENTE DELEGATA AL RITIRO DELLE COPIE.

DATA ____/____/____

FIRMA PER ESTESO DEL RICHIEDENTE

(EVENTUALE DELEGA DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE)

DELEGO AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE CHE HO RICHIESTO,

IL/LA SIG./SIG.RA _____

POSSESSORE DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ N° _____ RILASCIATO DA _____

_____ CHE SI **ALLEGA IN COPIA** ALLA PRESENTE RICHIESTA.

LA PRESENTE DELEGA DEVE RITENERSI VALIDA FINO AD EVENTUALE REVOCA DA ME TRASMESSA PER ISCRITTO.

DATA ____/____/____

FIRMA PER ESTESO DEL RICHIEDENTE

PARTE RISERVATA AL SETTORE ECONOMICO FINANZIARIO

ANTICIPO (€): _____

SALDO (€): _____

FIRMA E TIMBRO _____

FIRMA E TIMBRO _____

DATA ____/____/____

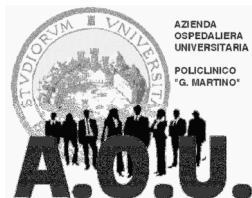
FATT. N. _____

DATA ____/____/____

FATT. N. _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.Lgs. 30/06/2003, n. 196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'Azienda Ospedaliera titolare del trattamento.



Al/Alla Sig./Sig.ra

Via _____

N. _____ CAP _____ Provincia (____)

SULLA BASE DELLE RICERCHE EFFETTUATE NELL'ARCHIVIO DATI DI QUESTA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA, **SI CERTIFICA** CHE IL/LA SIG./SIG.RA

NATO/A A _____

IL ____/____/____ C.F. _____

✓ È STATO/A RICOVERATO/A PRESSO QUESTA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA NELL'UNITÀ OPERATIVA DI: _____

DAL ____/____/____ AL ____/____/____ IN REGIME _____

✓ È STATO/A SOTTOPOSTO/A A PRESTAZIONE AMBULATORIALE PRESSO QUESTA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA NELL'UNITÀ OPERATIVA DI:

IL ____/____/____ .

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO



IL DIRETTORE SANITARIO

MESSINA, ____/____/____

Prot. n. _____

H

ALL'UFFICIO ARCHIVIO CLINICO
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "G. Martino"
Via Consolare Valeria - Gazzi - Messina
Tel 090-221-2441 - Fax 090-221-2141

IL/LA SOTTOSCRITT___ CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO
DI RECAPITO A MEZZO RACCOMANDATA TRAMITE CORRIERE PRIVATO
PER LA CONSEGNA DELLE DOCUMENTAZIONI CLINICHE RICHIESTE AL
SEGUENTE INDIRIZZO.

NOME _____

COGNOME _____

INDIRIZZO _____ N. _____

CITTA' _____ CAP. _____

AL FINE DI FAVORIRE IL RECAPITO, SI AUTORIZZA L'UFFICIO AD APPORRE SULLA BUSTA IL
SEGUENTE NUMERO DI TELEFONO

DATA ___/___/____

FIRMA
