

**MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA  
(Allegato n. 4 della Carta dei Servizi)**

**MODULO PER RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA**

in conformità agli artt. 7, 9, 60, 82 e 92 del D.Lgs 196/2003

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ ,

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ ,

in Via \_\_\_\_\_ ,

codice fiscale \_\_\_\_\_ , in qualità di:

Ospite della struttura

*oppure (indicare l'opzione interessata) :*

Familiare (*indicare parentela*): .....

Amministratore di sostegno

Tutore

Curatore

dell'Ospite della struttura Sig./Sig.ra (*compilare se persona diversa dal richiedente*):

cognome e nome \_\_\_\_\_ ,

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ ,

codice fiscale \_\_\_\_\_ ,

**CHIEDE IL RILASCIO DI UNA COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

1) copia della cartella clinica relativa al seguente periodo:

- dalla data \_\_\_\_\_ alla data \_\_\_\_\_ ;
- dalla data \_\_\_\_\_ alla data \_\_\_\_\_ ;
- dalla data \_\_\_\_\_ alla data \_\_\_\_\_ ;

2) altra documentazione: (*specificare*): \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE**

personalmente

persona delegata

per PEC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

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

**MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA  
(Allegato n. 4 della Carta dei Servizi)**

**IN CASO DI DELEGA AL RITIRO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ delega al ritiro della  
documentazione richiesta, il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ )  
Cod. fisc. \_\_\_\_\_ .

*N.B.: Al momento del ritiro dovrà essere allegata alla richiesta copia del documento di riconoscimento  
del richiedente e della persona delegata*

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

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

-----  
**ATTESTAZIONE RITIRO DOCUMENTAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ritira copia della  
documentazione richiesta con la Nota assunta al Protocollo generale dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti  
di Montecosaro in data \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ .

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

Per ricevuta

\_\_\_\_\_

 <p>ASP OPERA PIA ANTONIO GATTI AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p> <p>Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)</p>	PROT	Rev. 0.1 del 30.08.2024	Pagina 3 di 3
	<b>MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA</b> <b>(Allegato n. 4 della Carta dei Servizi)</b>		

## COME FARE PER OTTENERE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

### PERSONE AUTORIZZATE

La documentazione clinica può essere richiesta dal titolare della documentazione stessa, cioè la Persona a cui la documentazione clinica si riferisce o da un suo inviato munito di delega scritta.

A titolo esemplificativo, nel caso in cui il titolare della documentazione è deceduto la richiesta può avvenire dall'erede legittimo o dall'erede testamentario. Nel caso in cui, invece, il titolare della documentazione non è in possesso della capacità di agire, la documentazione può essere richiesta dal tutore, dal curatore, oppure, dall'amministratore di sostegno.

### MODALITÀ DI RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE

La richiesta di copia della documentazione deve essere indirizzata all'Ufficio Amministrazione Ospiti dalla persona titolare o da un suo delegato autorizzato alla richiesta, tramite compilazione dell'apposito MODULO DI RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA.

Detto modulo, una volta compilato, potrà essere consegnato presso l'ufficio amministrativo dell'Ente direttamente dall'interessato oppure, inviato a mezzo posta, oppure mail ([info@operapiagatti.it](mailto:info@operapiagatti.it)), allegando copia fotostatica fronte retro di un documento d'identità legalmente valido del richiedente e del titolare (qualora quest'ultimo sia soggetto diverso dal richiedente).

### RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

La documentazione richiesta può essere ritirata dall'avente diritto secondo una delle seguenti modalità:

- Ritiro presso l'infermeria oppure ufficio amministrativo della struttura da parte dell'avente diritto o da persona munita di delega scritta: la delega deve essere accompagnata da un documento di riconoscimento originale o in copia dall'avente diritto e da documento di riconoscimento originale o in copia del delegato;
- Invio al recapito indicato dall'avente diritto, con spese a carico del destinatario;
- Tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) [aspgatti@pec.cheapnet.it](mailto:aspgatti@pec.cheapnet.it).

### TEMPI DI CONSEGNA

La copia della cartella clinica viene rilasciata di norma entro 30 (trenta) giorni dal momento della richiesta da parte dell'avente diritto. Fanno eccezione alla presente regola le cartelle cliniche di ospiti dimessi, in tal caso la consegna avverrà entro 30 (trenta) giorni dal momento della richiesta.

### TARIFFE PER IL RILASCIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il costo per il rilascio della copia della cartella clinica od altra documentazione è di 0,25 euro a copia. In caso di spedizione oltre ai suddetti importi saranno addebitate anche le spese di spedizione postali.

Il pagamento potrà avvenire tramite una delle seguenti modalità:

- In contanti: presso l'ufficio amministrativo dell'Azienda al momento del ritiro a mano.
- Con bonifico bancario/postale: CODICE IBAN: IT 28 U 03599 01800 000000158624, CAUSALE: pagamento riproduzioni atti + nominativo dell'Ospite.

### ORARI APERTURA

Dal lunedì al sabato dalle ore 8:00 alle ore 13:00. Numero di telefono del centralino 0733 229204.