Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Residente in via _____ C.A.P. _____

Città _____ (_____)

E-mail /PEC _____ Tel. _____

**in qualità di**

- ☐ **Titolare** (allegare *documento d'identità*).
- ☐ **Genitore di minore** (allegare "*Dichiarazione sostitutiva di certificazione*" da scaricare nella sezione modulistica del sito www.ospedalepederzoli.it e *documento d'identità del richiedente*).
- ☐ **Legale rappresentante** - Amministratore di sostegno o Tutore - (allegare "*Dichiarazione sostitutiva di certificazione*" da scaricare nella sezione modulistica del sito www.ospedalepederzoli.it e *documento d'identità del richiedente*).
- ☐ **Erede** (allegare "*Dichiarazione sostitutiva di certificazione*" da scaricare nella sezione modulistica del sito www.ospedalepederzoli.it e *documento d'identità del richiedente*).
- ☐ **Legale** (allegare *procura* e *documento d'identità del paziente e del richiedente*).

**chiede**

☐ **Copia di CARTELLA CLINICA** (in carta libera per gli usi consentiti dalla legge)

Del paziente _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Relativa alla seguente degenza:

Ricovero dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____ nel reparto _____

Ricovero dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____ nel reparto _____

La copia della cartella clinica verrà consegnata nella seguente modalità:

- **A mano** (*con pagamento di 35 euro*):
  - ◊ A me stesso.
  - ◊ Al Sig./Sig.ra _____, da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto (allegare *documento d'identità del delegante e del delegato*).
- **Via e-mail/PEC** all'indirizzo sopra indicato (*con pagamento di 35 euro*).
- **All'indirizzo postale** sopra indicato a mezzo raccomandata (*con pagamento di 45 euro*).

Nel caso di richiesta fatta attraverso il sistema *Prenoting™* del sito internet, la copia della cartella clinica sarà consegnata solo previa ricezione dei *documenti necessari** all'indirizzo uffcartellecliniche@ospedalepederzoli.it .

**documenti necessari*: *presente modulo compilato e firmato; documento di identità; fattura di pagamento; eventuale dichiarazione sostitutiva o procura.*

□ **Copia di IMMAGINI DIAGNOSTOCHE** (in formato digitale)

Del paziente _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

- RX _____ eseguiti il _____ / _____ / _____
- TAC _____ eseguiti il _____ / _____ / _____
- RMN _____ eseguiti il _____ / _____ / _____
- Altro _____ eseguiti il _____ / _____ / _____
- Tutti gli esami radiologici relativi alla seguente degenza:

  Ricovero dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____ nel reparto _____

  Ricovero dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____ nel reparto _____

La copia delle immagini diagnostiche verrà consegnata, nella seguente modalità:

- **A mano** (*con pagamento di 15 euro*):
  - ◊ A me stesso.
  - ◊ Al Sig./Sig.ra _____, da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto (allegare *documento d'identità del delegante e del delegato*).
- **All'indirizzo postale** sopra indicato a mezzo raccomandata (*con pagamento di 25 euro*).

Nel caso di richiesta fatta attraverso il sistema *Prenoting™* del sito internet, la copia della cartella clinica sarà consegnata solo previa ricezione dei *documenti necessari** all'indirizzo uffcartellecliniche@ospedalepederzoli.it .

**documenti necessari: presente modulo compilato e firmato, documento di identità, fattura di pagamento, eventuale dichiarazione sostitutiva o procura.*

Il termine ordinario fissato per il rilascio di copia della cartella clinica è di **30 giorni dalla presentazione della richiesta**, salvo diversa anticipata disponibilità della stessa, che verrà segnalata dall'operatore dell'Ufficio Cartelle Cliniche contestualmente all'effettuazione della richiesta.
Si specifica che per le richieste effettuate in corso di ricovero, il termine di 30 giorni decorre dalla data di dimissione del paziente.
È possibile **verificare lo stato di evasione della richiesta** contattando l'Ufficio Cartelle Cliniche al numero 0456449169 (attivo dal lunedì al venerdì dalle 14:00 alle 16:00).

**ORARI PER IL RITIRO**:
Dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle 18:00 presso l'Accettazione Centrale, Piano terra - Ingresso 1.

**NB: In mancanza dei documenti necessari, la documentazione non verrà consegnata/spedita.**

Peschiera del Garda,

li _____ / _____ / _____

Firma del dichiarante

_____