

## RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 Documento d'Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA DI ESSERE

(barrare la voce interessata)

- erede legittimo/testamentario
  persona delegata  
 tutore/curatore/amministratore di sostegno
  genitore esercente la responsabilità genitoriale

di (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

come da allegata documentazione

### CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Cartella Clinica del ricovero/  altra Documentazione Sanitaria. Ospedale di \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Verbale/OBI di Pronto Soccorso nell'Ospedale di \_\_\_\_\_  
 del \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Immagini e referti di indagini diagnostiche (radiografie, TAC, RM, ECG, coronarografie, ecc.) su supporto CD/DVD  
 1. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Referto di esame autoptico (data accesso) \_\_\_\_\_

Per richiedere copia di Documentazione Sanitaria Ospedaliera diversa da quella sopra elencata o copie multiple, contattare direttamente l'Ufficio Cartelle Cliniche.

PER USO

MEDICO

ASSICURATIVO

PENSIONISTICO

### DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il/la Signor/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 (che si presenterà al ritiro esibendo un proprio documento d'identità e copia del documento d'identità del delegante)

### CONSEGNA DOCUMENTAZIONE

- Spedizione all'indirizzo sopra riportato o in alternativa a:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

- Ritiro allo Sportello di \_\_\_\_\_ (vedi retro)

L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale [www.aulss2.veneto.it](http://www.aulss2.veneto.it) in quanto applicabile.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## SEDI

<p>Ospedale di Conegliano</p> <p><u>Ufficio Cartelle Cliniche Conegliano</u>          Orario informazioni telefoniche:          dal lunedì al venerdì          dalle 9.00 alle 10.00          dalle 13.30 alle 14.30          tel. 0438 663218          email: <a href="mailto:cartellecliniche.conegliano@aulss2.veneto.it">cartellecliniche.conegliano@aulss2.veneto.it</a></p>	<p>Ospedale di Vittorio Veneto</p> <p><u>Ufficio Cartelle Cliniche Vittorio Veneto</u>          Orario informazioni telefoniche:          dal lunedì al venerdì          dalle 9.00 alle 10.00          dalle 13.30 alle 14.30          tel. 0438 665323          email: <a href="mailto:cartellecliniche.vittorioveneto@aulss2.veneto.it">cartellecliniche.vittorioveneto@aulss2.veneto.it</a></p>
---	---

Per richiesta copia documentazione sanitaria allo Sportello, rivolgersi all'Ufficio Cartelle Cliniche dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.30; a Conegliano anche il martedì dalle ore 14.00 alle ore 15.00; a Vittorio Veneto anche il giovedì dalle ore 14.00 alle ore 15.00.

<p>Ospedale di Castelfranco Veneto</p> <p><u>Ufficio Cartelle Cliniche Castelfranco Veneto</u>          (presso Uffici Anagrafe Sanitaria)          Orario Sportello e informazioni telefoniche:          dal lunedì al venerdì          dalle 8.30 alle 13.00          martedì e giovedì          dalle 14.00 alle 16.00          tel. 0423 732267          email: <a href="mailto:cartellecliniche.castelfranco@aulss2.veneto.it">cartellecliniche.castelfranco@aulss2.veneto.it</a></p>	<p>Ospedale di Montebelluna</p> <p><u>Ufficio Cartelle Cliniche Montebelluna</u>          Orario Sportello e informazioni telefoniche:          dal lunedì al venerdì          dalle 9.30 alle 16.30          tel. 0423 611266          email: <a href="mailto:cartellecliniche.montebelluna@aulss2.veneto.it">cartellecliniche.montebelluna@aulss2.veneto.it</a></p>
--	---

<p>Ospedale di Treviso</p> <p><u>Ufficio Cartelle Cliniche Treviso</u>          Orario informazioni telefoniche:          dal lunedì al venerdì          dalle 8.00 alle 9.00          dalle 12.00 alle 13.00          tel. 0422 322421          email: <a href="mailto:cartellecliniche.treviso@aulss2.veneto.it">cartellecliniche.treviso@aulss2.veneto.it</a></p> <p>Orario <u>richiesta</u> documentazione sanitaria:          (presso Sportello URP)          dal lunedì al venerdì          dalle 9.00 alle 17.00          Orario <u>ritiro</u> documentazione sanitaria:          (presso Punto Informativo)          dal lunedì al venerdì          dalle 7.30 alle 18.00</p>	<p>Ospedale di Oderzo</p> <p><u>Ufficio Cartelle Cliniche Oderzo</u>          Orario informazioni telefoniche:          dal lunedì al venerdì          dalle 8.00 alle 9.00          dalle 12.00 alle 13.00          tel. 0422 715359          email: <a href="mailto:cartellecliniche.treviso@aulss2.veneto.it">cartellecliniche.treviso@aulss2.veneto.it</a></p> <p>Orario <u>richiesta e ritiro</u> documentazione sanitaria:          (presso Sportello URP)          lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì          dalle 9.00 alle 13.00          martedì orario continuato          dalle 9.00 alle 16.00</p>
---	---

<p>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO</p>	
Operatore che riceve la richiesta _____	sede di _____
Operatore che consegna la copia _____	sede di _____
Firma, per ricevuta, di chi ritira la copia _____	data _____
Se delegato, specificare: identificato con Documento d'Identità n. _____	
rilasciato da _____ il _____	