


Pratica N.	Data	Firma dell'Operatore	Importo
------------	------	----------------------	---------

	Direzione Medica Ospedaliera Ufficio Riproduzione Atti Via Conca 71 – 60020 Torrette di Ancona (AN) Tel. 071-5964134 ; e-mail: cartellecliniche@ospedaliriuniti.marche.it	Rev. 15 Mag. 2024
---	---	----------------------

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

*Cortesemente compilare in Stampatello (*campi obbligatori)*

Il/la Sottoscritto/a: cognome* _____ nome* _____
 nato/a il* ____/____/____, nel Comune di _____ codice Fiscale* _____
 residente in via* _____ nel Comune* di _____ Prov.* _____
 domicilio in via* _____ nel Comune* di _____ Prov.* _____
 cellulare* _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/12/2000

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atti di notorietà)

- di essere: Titolare della documentazione clinica, se maggiorenne Curatore
- oppure di essere: Genitore esercente la responsabilità genitoriale Tutore
- Erede** (*La casella può essere barrata solo nel caso in cui il Titolare sia deceduto; si prega di fornire precisazioni in merito a tale stato, per esempio se si tratti di erede legittimo o testamentario, il grado di parentela, etc.*)
 _____ *Data di decesso* _____
- Amm.re di sostegno (*espressamente autorizzato nell'ambito del provvedimento di nomina*)

rispetto al Titolare della documentazione clinica:

cognome* _____ nome* _____
 nato/a il* ____/____/____ nel Comune di* _____ Prov.* _____

RICHIEDA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- Verbale di Pronto Soccorso. Coronarografia.
- Cartelle Cliniche, di cui si richiede: entro 7 gg. documentazione disponibile al momento della richiesta, (Oppure) entro 30 gg. documentazione completa.

Le Cartelle Cliniche richieste si riferiscono ai seguenti ricoveri:

Reparto di ricovero (o Pronto Soccorso)	dalla data	alla data
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____

Inoltre dispone che la documentazione richiesta, quando pronta, possa essere:

ritirata da Persona delegata (cognome) _____
(nome) _____ nato/a il ____/____/____ a _____ (_____)

(in tale caso è necessario che il delegato presenti copia fotostatica del proprio documento di identità e del documento di identità del delegante, sottoscritto da parte del delegante stesso)

spedita **SOLO** a mezzo posta (raccomandata A.R.) presso il seguente domicilio:

Dati anagrafici del titolare della cassetta postale o del citofono	
COGNOME	NOME
VIA	
CAP	
CITTA'	
PROVINCIA	

- Il richiedente esonera da qualsiasi responsabilità l'Azienda in caso di mancato recapito, smarrimento, ritardo della documentazione clinica richiesta causata dall'invio tramite posta, nonché in ordine alla correttezza dei dati forniti per il recapito e di accettare, quindi, che la consegna con tale modalità avvenga presso il domicilio indicato a qualunque persona, anche diversa dal sottoscrittore, che risulti presente presso l'indirizzo sopra indicato.

- Il richiedente dichiara, altresì, di essere consapevole che il recapito della documentazione a domicilio richiede tempi più lunghi rispetto alla consegna a mano allo sportello, infatti tali tempi di consegna possono variare in relazione a fattori non dipendenti dalla volontà di questa Azienda, tenuto conto dei tempi necessari per la consegna al domicilio indicato ad opera della società fornitrice dei servizi postali.

In ogni caso il tempo per il recapito a domicilio sarà minimo dieci giorni da quando la documentazione viene spedita. Nel computo dei giorni vanno considerati solo i giorni lavorativi. Tali termini sono indicativi potendo essere, comunque, superiori a dieci giorni.

Specificatamente nel caso di spedizione di cartelle cliniche, si precisa che le stesse, ai sensi della L. n. 24/2017, vengono messe a disposizione dell'interessato per il ritiro presso l'Azienda entro il termine di legge previsto, mentre, qualora consegnate via posta come da Lei richiesto, i tempi di consegna devono tener conto di quelli sopra indicati per la trasmissione.

- Il costo per l'invio della cartella clinica o di altra documentazione clinica richiesta singolarmente (ad. es solo un verbale di PS) è pari ad euro 10,00; in caso il peso della cartella clinica superi i 2 kg, sarà possibile solo la spedizione a mezzo pacco ordinario, come stabilito dal servizio postale universale, e pertanto al richiedente sarà richiesto un supplemento di costo, ad integrazione di quanto già versato.

Tali importi dovranno essere corrisposti anche in caso di esenzione al pagamento della prestazione sanitaria. In caso di mancata pagamento la documentazione non potrà essere spedita.

- Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018, che titolare dei dati personali è l'Azienda Ospedaliero - Universitaria delle Marche di Ancona con sede in Via Conca, 71 - 60126 Torrette - Ancona - 071/5961 - PEC: aou.ancona@emarche.it - Responsabile per la protezione dei dati: marianna.catalini@ospedaliriuniti.marche.it, che i dati personali rilasciati sono trattati per le finalità connesse alla trasmissione della documentazione tramite posta e che, pertanto, il trattamento, pur non essendo obbligatorio, è necessario per consentire la consegna della documentazione mediante tale modalità. Gli stessi saranno trattati sia con modalità informatiche sia con modalità cartacee e sono rilasciati volontariamente dall'interessato, il quale, pertanto, con la sottoscrizione del presente modulo acconsente al loro trattamento. I dati verranno conservati per il periodo di conservazione previsto dalla legge consultabile sul massimario di conservazione e di scarto pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda. I dati personali rilasciati verranno comunicati alle strutture interne aziendali tenuti allo svolgimento delle attività amministrative connesse all'effettuazione del servizio e alla società fornitrice dei servizi postali e alle eventuali società che con quest'ultima collaborano. I diritti riconosciuti dalla legge in materia di protezione di dati personali potranno essere esercitate secondo la relativa procedura pubblicata sul sito istituzionale aziendale.

Data di compilazione ____/____/____

Firma del/la Richiedente (*)

(*) La sottoscrizione della richiesta da parte del titolare della documentazione clinica che risulti temporaneamente impedito per ragioni connesse allo stato di salute, può essere sostituita da quella del Coniuge (o convivente unito civilmente) o figlio o, per mancanza di questi, parente fino al terzo grado in linea retta (genitori, nonni, bisnonni, figli, nipoti e pronipoti) o collaterale (fratelli, zii, nipoti). (N.B. *Ci si riferisce ad una sostituzione, nella sola sottoscrizione, di persona capace di intendere e volere ma materialmente impossibilitata alla firma; la richiesta di cui a pag.1 deve essere compilata con i dati del titolare della cartella stessa*). In tale ipotesi, ai sensi dell'art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000, è necessario che il soggetto che si sostituisce nella sottoscrizione della richiesta sia identificato e consegni copia fotostatica del proprio documento di identità e di quello del titolare della documentazione clinica; lo stesso deve altresì attestare, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, il tipo di impedimento di fatto che ostacola la sottoscrizione da parte dell'interessato.

INFORMAZIONI PER LA RICHIESTA ED IL RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cosa si può richiedere

La documentazione che si può richiedere è la seguente:

- Cartella Clinica: Documentazione disponibile al momento della richiesta o Cartella Clinica completa (se il ricovero è avvenuto tramite il Pronto Soccorso, la cartella clinica contiene anche il corrispondente verbale di Pronto Soccorso).
- Verbale di Pronto Soccorso; Coronarografia.

Chi può richiedere

La documentazione clinica può essere richiesta dal Titolare della documentazione stessa, cioè la Persona a cui la documentazione clinica si riferisce.

Di seguito sono riportati alcuni casi particolari:

- Il Titolare della documentazione è minorenne: la documentazione può essere richiesta dal Genitore esercente la responsabilità genitoriale.
- Il Titolare della documentazione è deceduto: la documentazione può essere richiesta dall'erede legittimo o dall'erede testamentario.
- Il Titolare della documentazione non è in possesso della capacità di agire: la documentazione può essere richiesta dal tutore/curatore/amministratore di sostegno.

Come richiedere

La richiesta può essere effettuata solo ed esclusivamente utilizzando l'apposito modulo "Richiesta di documentazione clinica".

Il modulo di richiesta può essere ritirato all'Ufficio Riproduzione Atti (U.R.A.) o scaricato dal sito aziendale (www.ospedaliriuniti.marche.it)

Detto modulo, una volta compilato, unitamente alla **ricevuta di avvenuto pagamento** del servizio richiesto, potrà essere consegnato direttamente allo sportello dell'U.R.A. negli orari di apertura al pubblico o inviato a mezzo posta o e-mail, allegando in quest'ultimo caso necessariamente anche **copia fotostatica fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del Richiedente. Qualora il richiedente avente diritto fosse diverso dal titolare (ad es. amm. di sostegno, avvocato delegato, ecc) devono essere allegati i documenti di identità sia del titolare che del richiedente.** In caso di richiesta via e-mail (no da indirizzo PEC), la documentazione dovrà essere scannerizzata e trasmessa in formato pdf e comunque deve essere chiaramente leggibile.

Nel caso in cui, nell'attività di ricerca, venga rilevata la presenza di ulteriori ricoveri importanti per il completamento della pratica, sarà cura dell'U.R.A. contattare il Richiedente per l'eventuale completamento della richiesta.

Rilascio della documentazione richiesta

La documentazione sanitaria richiesta sarà rilasciata dall'U.R.A. secondo le seguenti modalità:

- Direttamente al Richiedente, nell'orario di apertura al pubblico; **prima di recarsi presso l'ufficio, dovrà contattarlo preferenzialmente tramite mail (oppure telefonicamente) per sapere se la pratica è stata evasa.**
- Inviata al Richiedente, all'indirizzo del proprio domicilio od altro indirizzo indicato dal richiedente.
- Ad una Persona delegata dal Richiedente nel modulo di richiesta, previa presentazione di una copia fotostatica fronte retro di un documento d'identità legalmente valido della Persona **delegata** e della Persona **delegante**, con relativa sottoscrizione.

Questo Ufficio non risponde di eventuali ritardi dovuti ai tempi di spedizione. Si specifica che la documentazione, se non ritirata, viene tenuta in giacenza presso l'Ufficio per massimo 1 anno dalla richiesta; trascorso tale periodo, la documentazione non reclamata verrà macerata e sarà necessario ripresentare una nuova richiesta, incluso il pagamento degli oneri previsti, per il ritiro.

Come pagare

Il pagamento dei costi di riproduzione dovrà essere effettuato al momento della richiesta: 13 euro per ricovero ordinario o Day Hospital; 3 euro per ogni Verbale di P.S., Certificato e Coronarografia; + 10,00 euro per eventuali spese di spedizione nel territorio italiano fino a 2 kg per le cartelle cliniche o altra documentazione clinica richiesta singolarmente - in caso il peso della cartella clinica superi i 2 kg, sarà possibile solo la spedizione a mezzo pacco ordinario e pertanto il richiedente verrà contattato per il supplemento di costo, ad integrazione di quanto già versato. (**ES. 1 RICOVERO € 13.00 + SPEDIZIONE € 10.00 TOTALE € 23.00) SE I RICOVERI SONO PIU' DI UNO MOLTIPLICARE € 13.00 PER I RICOVERI CHE SI VOGLIONO RICHIEDERE, LA SPEDIZIONE RIMANE € 10.00.**

Per le spedizioni all'estero, sono applicate le [tariffe delle Poste Italiane per la posta raccomandata internazionale](#).

Il pagamento potrà avvenire:

- presso le Casse Ticket dell'A.O.U. delle Marche;
- attraverso conto corrente bancario: INTESA SANPAOLO SPA
INTESTAZIONE: AOU delle Marche - Via Conca n.71 - 60126 Ancona
CODICE IBAN: IT30B0306902609100000046113; CODICE BIC/SWIFT: BCITITMMXXX
CAUSALE: pagamento riproduzione atti, Nominativo del Titolare della documentazione + (eventuale) spedizione
- attraverso conto corrente postale: Poste Italiane S.p.A.
INTESTAZIONE: AOU delle Marche - Via Conca n.71 - 60126 Ancona
CODICE IBAN: IT08L0760102600000016784605; CODICE BIC/SWIFT: BPIITRRXXX
CAUSALE: pagamento riproduzione atti, Nominativo del Titolare della documentazione + (eventuale) spedizione

Al ritiro l'utente dovrà versare, se dovuta, la differenza di tariffa nel caso in cui nell'attività di ricerca, venga rilevata la presenza di ulteriori ricoveri importanti per il completamento della pratica.

Nel caso di pagamenti in eccesso rispetto al dovuto, si potrà effettuare la richiesta di rimborso (solamente per importi non inferiori ai 10 euro) tramite apposito modulo rilasciato dall'U.R.A. al momento della consegna della documentazione riprodotta. La procedura di rimborso non è invece applicabile nel caso di mancata spedizione per ritiro a mano da parte dell'avente diritto a seguito di propria decisione.

Informazioni utili

Tel: 071 596 4134 (dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09:30 alle ore 11:30);

E-mail: cartellecliniche@ospedaliriuniti.marche.it

Sito web: www.ospedaliriuniti.marche.it

Orari apertura al pubblico U.R.A.: dal Lun. al Ven. dalle ore 09:30 alle ore 11:30; Mer. dalle ore 14.30 alle ore 16.30.

Orari apertura al pubblico Cassa Ticket: dal Lun. al Ven. dalle ore 07:45 alle ore 19:00; Sab. dalle ore 07:45 alle ore 13:00.