

 A.S.L. TO4 Azienda Sanitaria Locale di Ciriè, Chivasso e Ivrea	Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO) Tel. +39 011.9176666 Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO) Tel. +39 0125.4141 www.aslto4.piemonte.it P.I./Cod. Fisc. 09736160012	indicizzazione	
RICHIESTA DI COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA/SANITARIA		Rev. 00 Emissione __/__/__	Pagina 1 di 1

Alla cortese attenzione del Direttore della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di _____

Il sottoscritto Sig./Sig.ra _____, in qualità di:

- ☐ Paziente ☐ medico curante (nel caso di specialista ospedaliero specificare il Reparto _____)
☐ Erede legittimo(*) ☐ Altro(*) _____

(*) I richiedenti dovranno comprovare con apposita documentazione il diritto a ricevere copia della documentazione sanitaria

Richiede:

- ☐ copia di cartella clinica
☐ verbale di PS
☐ cartella clinica di PS
☐ copia di esami radiografici (da richiedere alla S.C. Radiologia)
☐ altra documentazione clinica _____

del Sig. _____ nato il __/__/__ a _____

Ricoveri/Accessi DEA-Ambulatorio dal __/__/__ al __/__/__, Reparto _____

dal __/__/__ al __/__/__, Reparto _____

dal __/__/__ al __/__/__, Reparto _____

Data __/__/__

Firma del richiedente _____

Firma per autorizzazione del Direttore della Direzione Medica Ospedaliera

Data __/__/__

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|---|
| ☐ | personalmente allo sportello del | |
| Modalità di ritiro | PO di _____ | ☐ Via posta elettronica certificata/dispositivo USB |
| ☐ | persona delegata | ☐ Spedizione all'indirizzo (con spese di spedizione a carico del destinatario) |

Telefono: _____

E-mail: _____

In caso di delega al ritiro:

Io sottoscritto _____ delego al ritiro della documentazione sanitaria richiesta

Il Sig./Sig.ra _____ nato/a il __/__/__ a _____

(al momento del ritiro dovrà essere allegata alla richiesta copia del documento di identità del richiedente e della persona delegata)

Firma del richiedente _____

La documentazione sarà disponibile dal giorno __/__/__ Firma dell'interessato all'atto del ritiro _____

Si ricorda che la documentazione sanitaria potrà essere ritirata, per le copie successive alla prima, solo previa presentazione dell'attestato di pagamento del costo di riproduzione, pagamento che potrà essere effettuato tramite:

- ☐ Presso le postazioni Emettitori Ticket-Punti di riscossione (Punti Rossi), situati presso i Presidi Ospedalieri o Poliambulatori della ASL TO4, inserendo la voce "DIRITTI SANITARI-DIREZIONE OSPEDALIERA"
☐ Bonifico bancario indirizzato al Tesoriere ASL TO4 - Via Po 11 - 10034 Chivasso, IBAN: IT 81 S 03069 30540 100000046184, inserendo quale causale di versamento "Rimborso spese per rilascio copia di cartella clinica/documentazione sanitaria"