

**RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Si ricorda all'utente che la produzione in copia della documentazione sanitaria avrà luogo SOLO PREVIA PRESENTAZIONE DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO (per l'importo da corrispondere vedere relativo tariffario)

Nel caso in cui la richiesta venga inviata tramite fax, e-mail o altro, allegare quietanza comprovante l'avvenuto pagamento e fotocopia di documento d'identità in corso di validità o equipollente

Il/la sottoscritto/a _____
 Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 Residente a _____ via _____ N. tel. _____

C H I E D E**PRODUZIONE IN COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

appartenente al/alla sig./sig.ra: (da compilare solo se diverso dal richiedente, in caso quindi di delegati, con regolare delega, o eredi (allegare dichiarazione sostitutiva), allegando copia documenti d'identità sia del RICHIEDENTE che dell'INTESTATARIO della documentazione sanitaria

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Fotocopia delle cartelle cliniche COMPLETE relative ai seguenti ricoveri:
 ESTRATTO delle cartelle cliniche (senza esami di laboratorio e cartella infermieristica)
 dal _____ al _____ Ospedale _____ Reparto _____ C.C.n. _____
 dal _____ al _____ Ospedale _____ Reparto _____ C.C.n. _____

Produzione in copia di altra documentazione sanitaria (prestazioni di Pronto Soccorso, Radiografie, visite ambulatoriali ecc.)
 Prestazione _____ effettuata il _____
 c/o il servizio _____ dell'Ospedale di _____

Modalità per il ritiro della documentazione richiesta:

Direttamente presso _____
 Inoltro tramite raccomandata

Indirizzo per eventuale spedizione:

Data

Firma del richiedente o delegato
 (indicare rapporto di parentela, delega ecc.)

Spazio riservato all'Ufficio

L'autenticità della firma della richiesta è garantita con la seguente modalità

Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla
 Trasmissione documento tramite fax, e-mail (formato Pdf) o altro (si allega fotocopia del documento di riconoscimento)

Modalità di identificazione Carta d'identità Patente Passaporto
 n. _____ Rilasciato da _____ il _____

Firma dell'operatore che ha accertato la validità dei dati _____

**IMPORTO DA CORRISPONDERE PER LA PRODUZIONE DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE
SANITARIA**

<input type="checkbox"/> Riproduzione di ESTRATTO di cartella clinica	€ 10,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di cartella clinica COMPLETA	€ 15,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di ESTRATTO di cartella clinica con invio per raccomandata al domicilio	€ 18,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di cartella clinica COMPLETA con invio per raccomandata al domicilio	€ 23,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di referto ambulatoriale/Verbale di Pronto Soccorso	€ 5,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di referto ambulatoriale/Verbale di Pronto Soccorso con invio per racc. a domicilio	€ 13,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di radiogrammi su CD	€ 10,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di radiogrammi su CD con invio per raccomandata al domicilio	€ 18,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di TAC – RM su CD	€ 10,00
<input type="checkbox"/> Riproduzione di TAC – RM su CD con invio per raccomandata al domicilio	€ 18,00

MODALITA' DI PAGAMENTO:

Direttamente c/o gli uffici cassa aziendali nei seguenti orari:

Presidio di Sondrio	dalle 08:00	alle _____	dalle _____	alle 15:30
Presidio di Chiavenna	dalle 08:00	alle 12:15	dalle 13:45	alle 15:30
Presidio di Morbegno	dalle 08:00	alle _____	dalle _____	alle 15:30
Presidio di Sondalo Cassa 4^ Padiglione	dalle 08:00	alle _____	dalle _____	alle 16:20
Presidio di Sondalo Cassa 2^ Padiglione	dalle 08:30	alle 13:00	dalle 14:30	alle 16:20

Versamento dell'importo da corrispondere **direttamente sul conto postale aziendale n. 6213** intestato a ASST VALTELLINA E ALTO LARIO – Via Stelvio n. 25 – 23100 Sondrio con la causale **Produzione copia di documentazione sanitaria**, indicando i dati del mittente.

La richiesta, completa di quietanza comprovante l'avvenuto pagamento e di fotocopia del documento d'identità in corso di validità o equipollente, potrà essere inoltrata anche tramite fax o via e-mail ai seguenti recapiti:

	Fax	Indirizzo e-mail
Presidio di Sondrio	0342-521368	direzionemedica.so@asst-val.it
Presidio di Chiavenna	0343-67380	direzionemedica.ch@asst-val.it
Presidio di Morbegno	0342-614070	direzionemedica.mo@asst-val.it
Presidio di Sondalo	0342-808299	direzionemedica.sl@asst-val.it