



REGIONE ABRUZZO

## Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano – Vasto - Chieti

Direzione Medica – Ufficio Cartelle Cliniche

### MODULO DI RICHIESTA CARTELLA CLINICA

Richiesto al Presidio Ospedaliero di:

Data |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

- ATESSA – Ospedale “San Camillo de Lellis” – Tel 0872 864220 - Email [cartellecliniche.atesa@asl2abruzzo.it](mailto:cartellecliniche.atesa@asl2abruzzo.it)
- CHIETI – Policlinico “SS. Annunziata” – Tel 0871 357118 – 358385/6 – Email [cartellecliniche.chieti@asl2abruzzo.it](mailto:cartellecliniche.chieti@asl2abruzzo.it)
- LANCIANO – Ospedale “F. Renzetti” – Tel 0872 706555 – Email [cartellecliniche.lanciano@asl2abruzzo.it](mailto:cartellecliniche.lanciano@asl2abruzzo.it)
- ORTONA – Ospedale “G. Bernabeo” – Tel 085 9172269 – Email [cartellecliniche.ortona@asl2abruzzo.it](mailto:cartellecliniche.ortona@asl2abruzzo.it)
- VASTO – Ospedale “San Pio da Pietrelcina” – Tel 0873 308373 – Email [cartellecliniche.vasto@asl2abruzzo.it](mailto:cartellecliniche.vasto@asl2abruzzo.it)

Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome .....

Nato/a a ..... il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Residente a ..... CAP |\_|\_|\_|\_|\_| Prov. |\_|\_|

Via /Piazza ..... n. |\_|\_|\_|\_|

Telefono .....

Allego in fotocopia documento di identità (fronte – retro), consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

- in qualità d'intestatario della documentazione sanitaria richiesta
- in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale
- in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)
- in qualità di erede, rapporto di parentela .....
- in qualità di .....

#### **CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA PER USO MEDICO CLINICO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI :**

Cognome e Nome ..... nato/a il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Data Ricovero	Reparto
_ _ / _ _ / _ _ _ _	.....
_ _ / _ _ / _ _ _ _	.....
_ _ / _ _ / _ _ _ _	.....
_ _ / _ _ / _ _ _ _	.....
_ _ / _ _ / _ _ _ _	.....

Firma del richiedente (allegare Documento di Identità) .....

- Si richiede il ritiro presso l'Ufficio Cartelle Cliniche** (munito di Documento di Identità)
- Si richiede la spedizione all'indirizzo di cui sopra o a quello qui di seguito specificato:**

Destinatario (Cognome e Nome) .....

Via /Piazza ..... n. |\_|\_|\_|\_|

Residente a ..... CAP |\_|\_|\_|\_|\_| Prov. |\_|\_|

Se chi ritira è persona diversa dall'Intestatario deve esibire delega e Documenti di Identità di delegante e delegato.

#### **DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE**

Il/La sottoscritto/a ..... Allegare documento di Identità

delego il/la Sig/ra ..... Allegare documento di Identità

a ritirare la documentazione sanitaria richiesta.

.....  
Firma del delegante (allegare Documento di Identità)

.....  
Firma del delegato (allegare Documento di Identità)

## Modalità pagamento della Cartella Clinica

Allegare la ricevuta del versamento effettuato su:

→ **C.C.P. nr. 2512748**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE 02**  
**Lanciano – Vasto – Chieti**  
**Via dei Vestini, snc**  
**66100 Chieti**

→ **BPER Banca S.p.A.**  
**IBAN: IT80W0538715500000000549294**  
**BIC/SWIFT BPMOIT22XXX**

Causale: "**Copia Cartella Clinica/Spedizione**"

Importo per ogni ricovero:

- Per cartelle formatesi nell'ultimo anno dalla richiesta nella misura di **€ 12,00**;
- Per cartelle formatesi oltre 1 anno e fino a 5 anni dalla richiesta, nella misura di **€ 15,00**;
- Per cartelle formatesi oltre 5 anno e fino a 10 anni dalla richiesta, nella misura di **€ 20,00; da pagare dopo nostra comunicazione**
- Per cartelle formatesi oltre 10 anni dalla richiesta, nella misura di **€ 25,00; da pagare dopo nostra comunicazione**
  
- In caso di spedizione della cartella clinica l'importo è di **€ 5,00**

Per le copie di Prestazione Pronto Soccorso e Intervento 118 l'importo è di € 0,40 a pagina **da pagare al momento del ritiro.**