

Spett.le _____

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
(via diretta – postale - fax)

Il/la sottoscritto/a.....

codice fiscale.....

nato a.....

il.....recapito telefonico.....

C H I E D E

copia AUTENTICA SEMPLICE DI ORIGINALE **DI:**

- cartella clinica **relativa alla degenza di**.....
dimesso dal reparto di.....in data.....
- referto di Pronto Soccorso:** data e orario di accesso al P.S.....
(AVVERTENZE: barrare con una “X” la casella corrispondente al documento richiesto)
- per se stesso (1)
- per altra persona (2)
- in qualità di genitore esercente la potestà/tutore/curatore/amministratore di sostegno (3)
- in qualità di erede (4)
- Chiedo che la documentazione sotto richiesta mi venga spedita al seguente indirizzo:
Via.....n.....
.....Cap.....città.....prov.....
.....
Con pagamento in contrassegno
- Ovvero dichiaro di ritirare personalmente la copia di documentazione sanitaria presso lo sportello polifunzionale

data.....firma.....

(1) Presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e numero documento

rilasciato da _____ in data _____

Unità Operativa _____

Luogo, data _____

NOME, COGNOME, QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, oppure a mezzo posta.

(2) RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE PER ALTRA PERSONA

L'istanza deve essere corredata di **espressa delega**, oppure utilizzando lo spazio qui sotto predisposto:

Io sottoscritto.....
nato a.....
il.....
residente a.....via.....

DELEGO

il/la sig./a.....
nato a
il
residente aVian.....

a richiedere la documentazione indicata per mio conto.

data.....firma.....

N.B. La persona delegata al ritiro deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale e valido documento di identità o di riconoscimento originale del delegante.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

Il/la sottoscritto/a.....
nato a
il.....
residente avia

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'artt. 76 del D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000,

DICHIARA

che la delega del signor/della signora

_____ è autentica.

DataFirma

=====
PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e n. documento delegante _____
rilasciato da _____ in data _____

Tipo e n. documento delegato _____
rilasciato da _____ in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza.

Luogo, data _____

NOME, COGNOME, QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO

(3) DICHIARAZIONE IN QUALITÀ DI GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ, DI TUTORE, DI CURATORE, DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a il

residente a
in via.....n.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di inoltrare la presente richiesta in qualità di:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- curatore (*)
- amministratore di sostegno

data.....firma.....

(*) Per le ipotesi di curatela è necessaria anche la firma dell'interessato:

firma.....

Il dichiarante deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale e valido documento di identità o di riconoscimento originale del soggetto minore, in tutela o in curatela.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e n. documento del dichiarante

rilasciato da _____
in data _____

Tipo e n. documento del soggetto minore, in tutela o in curatela _____

rilasciato da _____ in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza

Luogo, data _____ NOME, COGNOME E QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO

(4) DICHIARAZIONE IN QUALITÀ DI EREDE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....
nato a.....il
residente a.....
in via n.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di inoltrare la presente richiesta in qualità di erede.

data.....firma.....

Il dichiarante deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e numero documento del dichiarante

rilasciato da _____

in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa _____

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza

Luogo, data _____

NOME, COGNOME E QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO

--oooOooo--

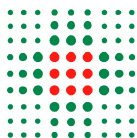
INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs 30/6/03 n°196 (codice privacy):

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs 30/6/03 n°196 e successive modificazioni ed integrazioni, per le finalità specificatamente consentite dalle normative specificatamente previste in premessa.

In relazione agli stessi dati, il soggetto beneficiario è titolare dei diritti di cui all'art. 7 del Codice privacy in base al quale l'interessato ha il diritto di conoscere i dati personali oggetto di trattamento, di ottenerne l'aggiornamento e/o la rettifica, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

Titolare del trattamento: Azienda USL di Bologna.

Responsabile del trattamento:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Spett.le _____

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA AMBULATORIALE

Il/la sottoscritto/a.....
codice fiscale.....
nato a.....
il.....
recapito telefonico.....

Richiede

copia autentica copia semplice di originale di

- documentazione sanitaria relativa alla prestazione: _____
eseguita il _____
presso l'Unità Operativa _____
- Dichiara** inoltre di essere a conoscenza che la documentazione richiesta non è riproducibile per l'impegno professionale, la complessità organizzativa, le ripercussioni sull'assistito derivanti da un eventuale ripetizione del trattamento.
- Per questi motivi il/la sottoscritto/a si impegna a riconsegnare detta documentazione o a conservarla, **sollevando** l'azienda USL città di Bologna da qualsiasi responsabilità

Dichiara inoltre che la documentazione richiesta è:

- per se stesso (1)
- per altra persona (2)
- in qualità di genitore esercente la potestà/tutore/curatore/amministratore di sostegno (3)
- in qualità di erede (4)

data.....firma.....

(1) A tal fine presenta proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e numero documento _____
rilasciato da _____ in data _____

Unità Operativa _____

Luogo, data _____

NOME, COGNOME, QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, oppure a mezzo posta.

(2) RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE PER ALTRA PERSONA

L'istanza deve essere corredata di espressa delega, oppure utilizzando lo spazio qui sotto predisposto:

Io sottoscritto.....
nato a.....
il.....
residente a.....via.....

DELEGO

il/la sig./a.....a richiedere la documentazione indicata per mio conto.

data.....firma.....

N.B. La persona delegata al ritiro deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale e valido documento di identità o di riconoscimento originale del delegante.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a
nato aIl
residente a via

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

che la delega del signor/della signora

è autentica.

Data Firma
.....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e n. documento delegante _____
rilasciato da _____ in data _____

Tipo e n. documento delegato _____
rilasciato da _____ in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa _____

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza.

Luogo, data _____

**NOME, COGNOME, QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO**

(3) DICHIARAZIONE IN QUALITÀ DI GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ, DI TUTORE, DI CURATORE, DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a il
residente a
in vian.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di inoltrare la presente richiesta in qualità di:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- curatore (*)
- amministratore di sostegno

data.....firma.....

(*) Per le ipotesi di curatela è necessaria anche la firma dell'interessato:

firma.....

Il dichiarante deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale e valido documento di identità o di riconoscimento originale del soggetto minore, in tutela o in curatela.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e n. documento del dichiarante

rilasciato da _____ in data _____

Tipo e n. documento del soggetto minore, in tutela o in curatela _____

rilasciato da _____ in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme

alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa _____

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza

Luogo, data _____

**NOME, COGNOME E QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO**

(4) DICHIARAZIONE IN QUALITÀ DI EREDE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....
nato a.....il
residente a.....
in via.....n.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di inoltrare la presente richiesta in qualità di erede.

data.....firma.....

Il dichiarante deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e numero documento del dichiarante _____
rilasciato da _____ in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa _____

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza

Luogo, data _____

NOME, COGNOME E QUALIFICA DEL
DIPENDENTE ADDETTO

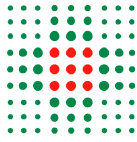
INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs 30/6/03 n°196 (codice privacy):

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs 30/6/03 n°196 e successive modificazioni ed integrazioni, per le finalità specificatamente consentite dalle normative specificatamente previste in premessa.

In relazione agli stessi dati, il soggetto beneficiario è titolare dei diritti di cui all'art. 7 del Codice privacy in base al quale l'interessato ha il diritto di conoscere i dati personali oggetto di trattamento, di ottenerne l'aggiornamento e/o la rettifica, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

Titolare del trattamento: Azienda USL di Bologna.

Responsabile del trattamento:



U.O. Anatomia ed Istologia Patologica

Allegato 3

Spett.le _____

RICHIESTA PREPARATI ISTO/CITOPATOLOGICI

Il/la sottoscritto/a.....
codice fiscale.....
nato a.....
il.....
recapito telefonico.....

Richiede

- in visione i preparati*:
- istologici (n.) _____
- citologici (n.) _____
- n° sezioni non colorate adese su vetrini pre-trattati per immunohistochimica (n.) _____
- inclusioni in paraffina (n.) _____
relativi a _____
eseguiti da codesta U.O. accompagnati dal relativo referto per sottoporli a
consulenza al Dr. /Prof. _____
presso Istituto/Ospedale _____

- si impegna a non utilizzare il materiale ricevuto in visione per scopi diversi da quelli connessi con la consulenza senza esplicita autorizzazione, a custodirlo diligentemente e a restituire il materiale stesso unitamente a copia del referto del consulente.

* Specificare la richiesta di eventuali sezioni in bianco o di altro materiale

Dichiara inoltre che la documentazione richiesta è:

- per se stesso (1)
- per altra persona (2)
- in qualità di genitore esercente la potestà/tutore/curatore/amministratore di sostegno (3)
- in qualità di erede (4)

data.....firma.....

(1) A tal fine presenta proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e numero documento _____
rilasciato da _____ in data _____

Unità Operativa _____

Luogo, data _____

NOME, COGNOME, QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, oppure a mezzo posta.

Preso visione di quanto sopra, autorizzo il prelevamento dei preparati contrassegnati con il numero _____
dall'archivio della U.O. di _____ con la
consegna di preparati colorati n.° _____ e in bianco
n.° _____

Data _____ Il Direttore _____

(2) RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE PER ALTRA PERSONA

L'istanza deve essere corredata di **espressa delega**, oppure utilizzando lo spazio qui sotto predisposto:

Io sottoscritto.....

nato a.....

il.....

residente a.....via.....

DELEGO

il/la sig./a.....a richiedere in visione i preparati istocitologici relativi a _____

data.....firma.....

N.B. La persona delegata al ritiro deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale e valido documento di identità o di riconoscimento originale del delegante.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a

nato aIl

residente a via

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

che la delega del signor/della signora

_____ è autentica.

Data Firma

.....

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e n. documento delegante _____
rilasciato da _____ in data _____

Tipo e n. documento delegato

_____ rilasciato da _____ in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa _____

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza.

Luogo, data _____

NOME, COGNOME, QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO

Presa visione di quanto sopra, autorizzo il prelevamento dei preparati contrassegnati con il numero _____
dall'archivio della U.O. di _____ con la
consegna di preparati colorati n.° _____ e in bianco
n.° _____

Data _____ Il Direttore _____

(3) DICHIARAZIONE IN QUALITÀ DI GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ, DI TUTORE, DI CURATORE, DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a il
residente a
in vian.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di inoltrare la presente richiesta in qualità di:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- curatore (*)
- amministratore di sostegno

data.....firma.....

(*) Per le ipotesi di curatela è necessaria anche la firma dell'interessato:

firma.....

Il dichiarante deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale e valido documento di identità o di riconoscimento originale del soggetto minore, in tutela o in curatela.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e n. documento del dichiarante

rilasciato da _____ in data _____

Tipo e n. documento del soggetto minore, in tutela o in curatela _____

rilasciato da _____ in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme

alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa _____

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza

Luogo, data _____

NOME, COGNOME E QUALIFICA
DEL DIPENDENTE ADDETTO

Preso visione di quanto sopra, autorizzo il prelevamento dei preparati contrassegnati con il numero _____ dall'archivio della U.O. di _____ con la consegna di preparati colorati n.° _____ e in bianco n.° _____

Data _____ Il Direttore _____

(4) DICHIARAZIONE IN QUALITÀ DI EREDE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....
nato a.....il
residente a.....
in via.....n.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di inoltrare la presente richiesta in qualità di erede.

data.....firma.....

Il dichiarante deve presentare proprio valido documento di identità o di riconoscimento originale.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Tipo e numero documento del dichiarante _____
rilasciato da _____ in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa _____

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza

Luogo, data _____

NOME, COGNOME E QUALIFICA DEL
DIPENDENTE ADDETTO

Preso visione di quanto sopra, autorizzo il prelevamento dei preparati contrassegnati con il numero _____
dall'archivio della U.O. di _____ con la
consegna di preparati colorati n.° _____ e in bianco
n.° _____

Data _____ Il Direttore _____

--oooOooo--

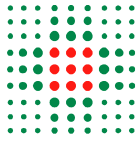
INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs 30/6/03 n°196 (codice privacy):

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs 30/6/03 n°196 e successive modificazioni ed integrazioni, per le finalità specificatamente consentite dalle normative specificatamente previste in premessa.

In relazione agli stessi dati, il soggetto beneficiario è titolare dei diritti di cui all'art. 7 del Codice privacy in base al quale l'interessato ha il diritto di conoscere i dati personali oggetto di trattamento, di ottenerne l'aggiornamento e/o la rettifica, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

Titolare del trattamento: Azienda USL di Bologna.

Responsabile del trattamento:



U.O. Anatomia ed Istologia Patologica

Allegato 4

Prot.

Data _____

CONSEGNA PREPARATI ISTO-CITOPATOLOGICI PER CONSULENZA PRESSO ALTRO ISTITUTO

Su richiesta dell'interessato o persona espressamente delegata, munita di documento di identità, secondo quanto previsto dal Dlgs n. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, si consegnano i seguenti preparati isto-citopatologici, con relativo referto, per consulenza presso altro Istituto.

- **Cognome, nome, data di nascita, indirizzo e recapito telefonico:**
- **Caso n.**
- **Nome medico richiedente**
- **Istituto presso cui sarà effettuata la consulenza**
- **Quantità e tipo di preparati:**
 - Istologico n.
 - Cistoistologico n.
 - Agoaspirato n.
 - Pap test n.
 - Istochimica n.
 - Immunoistochimica n.
 - Foto M.E. n.
 - Sezioni non colorate n.
 - Inclusione in paraffina n.

data.....firma dell'incaricato/a del ritiro _____

Da compilarsi in caso di consegna di materiale non ripetibile (inclusioni in paraffina, preparati citologici):

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____
n. documento di riconoscimento _____
si assume la personale responsabilità del ritiro e della custodia del materiale sopra citato (_____), dandone ampia e completa liberatoria alla U.O. Anatomia ed Istologia Patologica consegnante.

Firma dell'incaricato/a del ritiro _____

Si resta in attesa della restituzione dei preparati e di copia del referto del consulente.

Cordiali saluti

Il Direttore della U.O.
Anatomia ed Istologia Patologica

Costi per esercizio di diritto di accesso a documentazione

Salvo i casi di rilascio gratuito previsti dal presente regolamento, il richiedente copie di documenti è tenuto al pagamento, nelle misure di seguito indicate:

a) Copia di documentazione sanitaria attinente al singolo episodio di degenza (cartella clinica):

- autenticata € 20.00

- semplice € 15.00

(***)

b) estratto semplice di cartella clinica

1° foglio € 2.00

fogli successivi € 0.50

c) estratto conforme di cartella clinica

1° foglio € 3.00

fogli successivi € 0.50

d) copia di referti di PS o certificati di altre prestazioni

autenticati € 3.00

e) copia di referti di PS o certificati di altre prestazioni

semplici € 2.00

f) copia di documentazione relativa a valutazione di UVG (Unità di Valutazione Geriatrica)

€ 0.50

a foglio

g) copia di documentazione relativa a documentazione

sanitaria ambulatoriale (cartella ambulatoriale, referti

ambulatoriali) € 0.50

a foglio

h) cauzione per documentazione originale in prestito

(documentazione iconografica, registrazioni strumentali, vetrini, istologici,.....)

€ 70.00

i) duplicazione lastra radiografica

€ 8.00

l) copia da documentazione iconografica non cartacea (riproduzione su carta, supporto DVD, lastra,.....)	€ 20.00
m) stampa di pellicola radiografica 35x43	€ 8.00 cad.
stampa di pellicola radiografica 20x25	€ 4.00 cad.
n) produzione fornitura di CD	€ 3.00 cad.
o) copia di registrazioni strumentali (ECG, EEG, poligrafia,.....)	
1 fogli o	€ 2.00
fogli successivi	€ 0.50
fino ad un max. di	€ 20.00
p) copia di documentazione amministrativa (es. delibere)	€ 0.50 a foglio
q) costi di visura	€ 1.00
r) preparati citologici	€ 15.00
s) preparati istologici colorazioni immunoistochimiche	€ 18.00
t) preparati istologici colorazioni istochimiche	€ 14.00
u) preparati istologici in bianco	€ 5.00
v) preparati istologici in E.E.	€ 10.00
w) preparati per inclusione	€ 70.00

Per l'invio a mezzo raccomandata è fissato un rimborso aggiuntivo di € 6,20, in contrassegno un rimborso aggiuntivo di € 7,75.

(*) se la documentazione attinente il singolo episodio di degenza ricomprende documentazione iconografica e/o registrazioni strumentali, si aggiungono al costo indicato alla lett. a) le specifiche previsioni di cui alle lett. l) e m).**