

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

INFORMATIVA RICHIESTA ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Modalità richiesta altra documentazione sanitaria

Per altra documentazione sanitaria è da intendersi la documentazione quale cartelle di preospedalizzazione, APA, PAC, Hospice, ambulatoriale, materno infantile, dipartimento salute mentale, dipartimento di prevenzione, ecc.

La richiesta della predetta documentazione sanitaria in questione, può essere effettuata secondo le modalità di cui ai successivi punti 1) e 2).

L'utente è chiamato a scegliere tra le seguenti modalità di ricezione (da esplicitare nel modulo di richiesta):

- Ritiro a mano: presso _____
- Invio tramite raccomandata A/R: la documentazione viene inviata tramite le Poste Italiane. Il costo di spedizione (a partire da € 9,00 circa) è a carico del destinatario e va corrisposto all'atto della consegna.

1) Richiesta documentazione mediante posta elettronica

L'utenza può inviare una richiesta all'indirizzo _____@asl.rieti.it allegando la documentazione di cui ai punti a), b) e c) in elenco:

a) Modulo richiesta rilascio altra documentazione sanitaria (MOD.4)

Il suddetto modulo dovrà essere compilato, firmato e allegato alla mail dal richiedente.

- In caso di richiesta riferita a paziente deceduto deve essere compilato anche il [Modulo "A" Documentazione sanitaria di paziente deceduto - Dichiarazione](#)

[sostitutiva atto di notorietà](#), allegando certificato di morte o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000;

- In caso di richiesta riferita a paziente minorenni deve essere compilato anche il [Modulo "B" Documentazione sanitaria per minore/persona interdetta/persona inabilitata – Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà](#).
- In caso di delega deve essere compilato anche il [Modulo "C" Delega per ritiro di documentazione sanitaria](#).

Non saranno considerate valide altre tipologie di modulistica.

b) Copia del documento di identità del richiedente (patente di guida/carta di identità) **e dell'eventuale delegato** (legale rappresentante delegato nel caso di associazioni/patronati);

c) Ricevuta di pagamento dell'importo di:

- € 10,00 cadauno per le Cartelle di preospedalizzazione, APA, PAC, ambulatoriale, Hospice;
- € 5,00 cadauno per Altra documentazione sanitaria;

Il pagamento potrà essere effettuato mediante una delle seguenti modalità:

- presso i CUP aziendali;
- tramite versamento sul c/c postale n. 10416022;
- tramite bonifico bancario sul c/c identificato dal seguente codice IBAN: IT15K010051460000000218110;
-

Nella causale specificare "rimborso spese per accesso documentazione sanitaria" riportando i dati di riferimento della richiesta.

2) Richiesta documentazione di persona

L'utenza può recarsi di persona presso _____ per presentare la richiesta in modalità cartacea dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____.

Dovranno essere prodotti i medesimi documenti e secondo le medesime modalità indicate al punto 1.

Si comunica che:

- Le richieste devono essere compilate in stampatello e qualora prive di firme e di copia del documento di identità non potranno essere accolte.
- Per l'invio della documentazione via posta raccomandata A/R è necessario specificare sempre, nel modulo di richiesta, l'indirizzo di residenza/domicilio al quale spedire la documentazione nonché indicare il numero di telefono del richiedente e dell'eventuale delegato. L'ufficio procede all'invio della documentazione tramite raccomandata A/R con diritto di contrassegno, attraverso la società "Poste Italiane". Le spese postali, a carico del destinatario, sono da corrispondersi all'atto della consegna (a partire da € 9,00 circa). **Si precisa** che il destinatario si assume oneri e responsabilità in caso di eventuale smarrimento ed è tenuto in ogni caso a corrispondere quanto dovuto in contrassegno, con aggiunta delle spese postali.
- I tempi per la fruizione della documentazione sanitaria sono quelli previsti dalla normativa e dal regolamento aziendale vigenti al momento della richiesta.

PER OGNI ALTRA INFORMAZIONE è possibile:

- Contattare il numero 0746/27 _____ attivo dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____.
- Inviare comunicazioni via e-mail all'indirizzo: _____@asl.rieti.it

Modulistica

- [Modulo richiesta rilascio altra documentazione sanitaria \(MOD.4\)](#)
- [Modulo "A" Documentazione sanitaria di paziente deceduto - Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà](#)
- [Modulo "B" Documentazione sanitaria per minore/persona interdetta/persona inabilitata – Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà](#)
- [Modulo "C" - Delega per ritiro di documentazione sanitaria](#)