

|                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| <b>Az. Osp. – Univ.<br/>Pisana</b> | <b>DELEGA PER IL RITIRO</b><br><b>COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b><br>(ai sensi D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.) | <b>T.04/P.A.09</b><br>Rev. 03<br>del 13/01/2017<br>Pag. 1 di 1 |
|------------------------------------|---|--|

**Il Titolare** della documentazione sanitaria richiesta, impossibilitato a ritirarla personalmente, deve necessariamente delegare altro soggetto di sua fiducia che, al fine di ritirare tale documentazione, **deve presentarsi all'Ufficio Rilascio Documentazione Sanitaria munito di:**

- ⇒ presente modulo compilato in ogni sua parte,
- ⇒ fotocopia del documento di identità del delegato e del titolare (od originale da fotocopiare).

➤ **PRESSO L'UFFICIO RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA EDIFICIO 14/B, IL DELEGATO RITIRA LO STAMPATO RECANTE L'IMPORTO DA REGOLARIZZARE.**

➤ **IL PAGAMENTO PUÒ ESSERE EFFETTUATO:**

- ⇒ presso l'edificio 15 - Ospedale Santa Chiara, esclusivamente con carte di credito/bancomat,
- ⇒ o presso gli uffici di Poste Italiane tramite bollettino postale rilasciato dall'ufficio Rilascio Documentazione Sanitaria, edificio 14/B.

=====

**Da compilare a cura del titolare:**

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

**SCRIVERE IN STAMPATELLO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in qualità di **titolare della documentazione** sanitaria richiesta a codesta Az. Osp.-Univ. Pisana

**DELEGA**

Il/la Sig. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Doc. Identità n. \_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_

al ritiro della seguente documentazione, richiesta in data \_\_\_\_\_:

- Copia Cartella Clinica
- Copia Esame Radiologico su supporto informatico (CD)
- Copia prestazione di Pronto Soccorso
- Copia referto autoptico
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Pisa, il \_\_\_\_\_ Firma titolare \_\_\_\_\_

Ritirato il \_\_\_\_\_ Firma del delegato \_\_\_\_\_

L'operatore (firma leggibile) \_\_\_\_\_

Si ricorda agli operatori che, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy, la documentazione deve essere rilasciata in **busta sigillata**.