REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
SERVIZIO CARTELLE CLINICHE

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEL MINORE
CON CERTIFICAZIONE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE

(Art. 46-47 del DPR N. 445/2000)

COMPILARE A CURA DEL GENITORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ……

NATO/A IL…..……..A…… PROV……...

RESIDENTE A……CAP……PROV……..

VIA ……N…….…...

TEL ……..…….……

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000

DICHIARA:

DI ESERCITARE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE IN QUALITA' DI……...

DATI DEL MINORE

COGNOME……..…….....NOME……

NATO/A……...……...IL……

RESIDENTE A……CAP……PROV…….

VIA ……N…….…...

CHIEDE COPIA DI

- CARTELLA CLINICA DEL REPARTO
- CARTELLA AMBULATORIALE
- VERBALE DI PRONTO SOCCORSO
- CD ESAMI RADIOGRAFICI (specificare quali)……..

REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
SERVIZIO CARTELLE CLINICHE

PRESTAZIONE SANITARIA RELATIVA A:

☐ **RICOVERO**

nell'Unità Operativa **……dal…../……/……../……/al……/……./…….**

nell'Unità Operativa **……dal…../……/……../……/al……/……./…….**

nell'Unità Operativa **……dal…../……/……../……/al……/……./…….**

nell'Unità Operativa **……dal…../……/……../……/al……/……./…….**

☐ **PRESTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO**

……dal…../……/……../……/al……/……./…….

MODALITA':

o RITIRO ALLO SPORTELLO

o SPEDIZIONE ALL'INDIRIZZO: VIA/PIAZZA……N ……...

CITTÀ…… CAP……. PROV……

o SPEDIZIONE del file formato PDF…….

INDIRIZZO E-MAIL ……..

FIRMA DEL DICHIARANTE

DATA …… / …… / …… ……

Allo sportello: L'intestatario della documentazione sanitaria o altri aventi diritto esibiscono il documento d'identità in originale. Eventuali delegati possono presentarsi con il documento d'identità in originale, modulo di delega e fotocopia del documento di identità valido del paziente. L'acconto sarà pagato presso le nostre casse.

Inviare una e-mail a: richiesta.cartelle@aopd.veneto.it:

La richiesta deve essere inviata con allegata copia del documento d'identità valido e copia del versamento di euro 15,00 euro. Per qualsiasi informazione si consulti: https://www.aopd.veneto.it/Cartelle-Cliniche

Per comunicazioni telefoniche 049/8213055 dalle 08:00 alle 09:00 dal Lunedì al Venerdì

Appuntamento per ritiro della documentazione al n. 049 8213057 dal lunedì al venerdì, dalle 10:00 alle 12:30.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.