

## MODULO da staccare e compilare per richiedere la COPIA della CARTELLA CLINICA

### DA CONSEGNARE

Di persona all'Ufficio Cassa al piano terra,  
eliminacode lettera A.

OPPURE

### DA INVIARE

- tramite Servizio Postale a:  
**Ufficio Copia Cartelle Cliniche,  
Centro di Riferimento Oncologico,  
Via F. Gallini 2,  
33081 Aviano – Pordenone**
- tramite Posta elettronica : [ufficiocartelle@cro.it](mailto:ufficiocartelle@cro.it)
- via Fax al numero **0434 659302**

### Per ulteriori INFORMAZIONI

**UFFICIO COPIA CARTELLE CLINICHE,**  
piano terra, Uffici Direzione Sanitaria

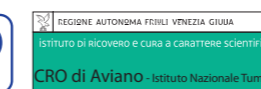
### ORARIO UFFICIO

da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 15.30

**TELEFONO:** 0434 659104

**FAX:** 0434 659302

**E-MAIL:** [ufficiocartelle@cro.it](mailto:ufficiocartelle@cro.it)



© Centro di Riferimento Oncologico di Aviano IRCCS - Istituto Nazionale Tumori

Resp. Scientifico collana *CROinforma*: Silvia Franceschi (Direttore Scientifico CRO)

Coordinamento editoriale e di redazione: Chiara Cipolat Mis, Emanuela Ferrarin (Biblioteca CRO)

Revisione del testo: Emanuela Ferrarin, Chiara Cipolat Mis (Biblioteca CRO), Barbara Polo Grillo (Medico legale), V.D. Associazione ANGOLLO

Grafica e impaginazione: Nancy Michilin (Biblioteca CRO)

Immagini: © Shutterstock

Conforme ai requisiti di ETHIC per la valutazione della comprensibilità, trasparenza e appropriatezza

Valutazione ETHIC: Pierpaolo Pelagi (Biblioteca CRO)

Realizzato grazie al 5x1000 donato al CRO di Aviano

Seconda edizione, ristampa, gennaio 2024



## Come richiedere la COPIA della CARTELLA CLINICA

*Informazioni  
per gli utenti*



Testi: Francesca Busetto, *Coordinatore di Unità Sanitaria, Direzione Sanitaria*  
Sonja Cedrone, *Direttore delle professioni, Direzione Sanitaria*  
CRO Aviano

## CHI può richiedere la copia della cartella clinica?

- Il titolare della cartella clinica, con un documento d'identità valido;
- Una persona con delega firmata dal titolare della cartella e i documenti d'identità di delegato e delegante;
- Un esercente la patria potestà, un erede, un tutore legale per minori, inabilitati o interdetti, un amministratore di sostegno del titolare con la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, che specifica la propria posizione.

## COME si richiede la copia della cartella clinica?

1. Si compila il modulo di richiesta.
2. Si allegano i documenti d'identità e le eventuali deleghe.
3. Si consegna il modulo di persona all'**Ufficio Cassa al piano terra, eliminacode lettera A**. Oppure si inoltra il modulo:
  - tramite Servizio Postale a:  
**Ufficio Copia Cartelle Cliniche, Centro di Riferimento Oncologico, Via F. Gallini 2, 33081 Aviano – Pordenone**
  - tramite Posta elettronica:  
[ufficiocartelle@cro.it](mailto:ufficiocartelle@cro.it)
  - via Fax al numero **0434 659302**

## COME si ritira o si riceve la copia della cartella clinica?

1. L'interessato può ritirare la copia della cartella clinica direttamente presso l'Ufficio Cassa al piano terra, eliminacode lettera A, dove si effettua anche il pagamento.
2. La copia della cartella clinica può essere spedita all'indirizzo indicato dal richiedente tramite posta raccomandata. Le spese di spedizione sono a carico del destinatario. Si paga in contrassegno alla consegna.

## COSTO:

Il contributo di spesa richiesto per ciascun foglio della copia della cartella è di **0.21 euro**.

## TEMPI DI CONSEGNA:

La consegna della copia della cartella avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente.



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico (D.I. 31/07/90)  
Via Franco Gallini, 2 – 33081 Aviano (PN) – Italy  
C.F. P.I. 00623340932 / Tel 39-434-659 111 / Fax 39-434-659 182 /  
Pec.protocollo@pec.cro.it



### RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA O DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Con questo modulo puoi chiedere una copia della cartella clinica o della documentazione sanitaria, ad esempio: referti degli esami o delle visite.

Il /la sottoscritto / a ..... Nato/a a ..... il .... / .... / .....  
Residente a ..... Telefono .....

Tipo di documento di identità: ..... n° ..... scadenza: .....

In qualità di:

- Paziente
- Genitore
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno
- Curatore
- Erede <sup>1</sup>

di ..... nato a ..... il .... / .... / .....  
se deceduto il .... / .... / .....

chiede :

- Copia della **cartella clinica**:  
reparto ..... ricovero dal .... / .... / ..... al .... / .... / .....
- Copia della seguente **documentazione sanitaria**: .....

### MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA:

- Personalmente, presso l'Ufficio Cassa al piano terra, eliminacode lettera A
- Via posta al seguente indirizzo<sup>2</sup>:  
Via ..... Città ..... CAP ..... Provincia .....
- Con delega al Sig. .... nato il ..... Tipo di Documento  
d'identità ..... n° ..... Scadenza .....

### SI ALLEGA:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente
- Fotocopia del documento di riconoscimento del delegato
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Aviano, il .... / .... / .....  
Firma .....

Da compilarsi a cura dell'ufficio copia cartelle cliniche al momento della consegna:

L'impiegato addetto ..... fogli n° ..... tot. Euro .....  
Data .... / .... / ..... Firma per ricevuta .....

<sup>1</sup> L'erede deve allegare alla richiesta la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

<sup>2</sup> Le spese di spedizione sono a carico del destinatario