



MODULO DA STACCARE E COMPILARE PER RICHIEDERE LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

DA CONSEGNARE

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

OPPURE

DA INVIARE

- tramite Servizio Postale a:
- Ufficio Copia Cartelle Cliniche,
Centro di Riferimento Oncologico,
Via Franco Gallini 2,
33081 Aviano – Pordenone
- tramite Posta elettronica:
ufficiocartelle@cro.it

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

0434 659155

E-MAIL: ufficiocartelle@cro.it



Solo il testo di questa pubblicazione (immagini escluse)
è distribuito con Licenza Creative Commons Attribuzione
Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Responsabile scientifico

collana CROinforma

Silvia Franceschi,
Direttore Scientifico

Autori del testo

Francesca Busetto, *Coordinatore*

Unità di Direzione Sanitaria
Sonja Cedrone, *Direttore*
delle Professioni Sanitarie

Revisori del testo

Denise Fagotto, *infermiera*
Direzione Sanitaria

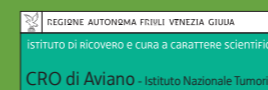
Chiara Cipolat Mis, *bibliotecaria*

Emanuela Ferrarin,
farmacista documentalista

Tutti afferenti al CRO di Aviano

La font bianconero® è disegnata da Umberto Mischi per
biancoenero edizioni, rispettando accorgimenti visivi che
facilitano la lettura di tutti, in particolare dei lettori dislessici.

Realizzato grazie al 5x1000 donato al CRO di Aviano.
Progetto realizzato dal gruppo Patient Education&Empowerment
del CRO di Aviano



Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (CRO) IRCCS
Via Franco Gallini, 2 - 33081 Aviano (Pn)
www.cro.sanita.fvg.it

Agosto 2024, 2ª edizione

Impaginazione: Nancy Michilini

Informazioni per gli utenti

Come richiedere la copia della cartella clinica



CROinforma



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?

01. Si compila il modulo di richiesta.
02. Si allegano i documenti d'identità e le eventuali deleghe.
03. 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 Franco Gallini 2,
33081 Aviano - Pordenone**

- tramite Posta elettronica:
ufficiocartelle@cro.it

COME SI RITIRA O SI RICEVE LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA?

01. 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.
02. 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 ¹

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 indirizzo²:
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

¹ L'erede deve allegare alla richiesta la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

² Le spese di spedizione sono a carico del destinatario