



Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27- OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta e rilascio della cartella clinica	Pagina 1 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	
Firma per Redazione: Dr. Francesco Garufi Data: 29/07/2020	Firma per Approvazione: Dr.ssa Emma Zelaschi Data: 06/08/2020	Firma per Validazione: Dr.ssa Margherita Bianchi Data: 10/08/2020	
Firma per Emissione Direzione Generale Dr. Angelo Penna Data: 10/09/2020			

## PROCEDURA OPERATIVA PER LA RICHIESTA E RILASCIO DELLA CARTELLA CLINICA



### INDICE

GRUPPO DI LAVORO.....	2
LEGENDA.....	2
SCOPO ED OBIETTIVI.....	2
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
RESPONSABILITÀ.....	3
SOGGETTI LEGITTIMATI.....	3
MODALITÀ OPERATIVE.....	8
A) MODALITÀ DI RICHIESTA DA PARTE DELL'UTENTE.....	8
B) UFFICIO ACCETTAZIONE.....	9
C) UFFICIO ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE.....	10
D) STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE.....	12
INDICATORI.....	12
DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI.....	12
ALLEGATI.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	13

Rev.	Data	Descrizione delle modifiche
00	20/11/2008	Creazione
01	30/07/2009	Inserimento indicatori
02	10/08/2020	Modifica Codice Procedura (pregresso codice: PO 08-DSO 01) Aggiornamento: Gruppo di Lavoro - Indicatori - Allegati - Bibliografia Aggiornamento: pag. 5 "Soggetti legittimati" (in applicazione dell'art.20 Legge n.76/2016) - pag. 10 "Ufficio archivio cartelle cliniche" - "Ufficio Accettazione" (in applicazione dell'art. 4 comma 2 della legge n. 24 del 8.3.2017).

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 2 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

## GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Garufi Francesco	Direttore SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	
De Stefano Vincenzo	Responsabile SOS Gestione Presidio Castelli e UPRI	
Ubaldo Paola	Collaboratore amministrativo titolare P.O.	
Fiore Domenica	Dirigente Medico Referente Programma Regionale Rischio Clinico	
Meloda Cinzia	Direttore SOC Affari Legali	

## LEGENDA

cc: cartella clinica

CC: Codice Civile

DD: Determina Dirigenziale

DSPOVD: Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola

SOC: Struttura Operativa Complessa

## SCOPO ED OBIETTIVI

Con la presente procedura si intende regolamentare la modalità di acquisizione della documentazione sanitaria archiviata sotto la responsabilità della SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola. Il documento è relativo alla richiesta di copia conforme della cartella clinica richiesta da parte di utenti esterni.

L'obiettivo generale è ottemperare alle disposizioni di legge, l'obiettivo specifico è rispettare le tempistiche di erogazione della documentazione sanitaria.

## CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si riferisce alle varie tipologie di utente esterno che deve acquisire la cartella clinica come sotto specificato, con le modalità identificate per ogni utente di cui al punto modalità operative:

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 3 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

1. intestatario della cartella clinica
2. intestatario che delega altra persona
3. minori
4. minore emancipato – persona interdetta – persona inabilitata
5. persona deceduta
6. persona incapace per malattia
7. autorità giudiziaria
8. istituti previdenziali
9. ricerca ai fini di prevenzione ed epidemiologici
10. richieste fatte via fax o per posta

## RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione della procedura è dei dirigenti medici responsabili dei presidi ospedalieri, del personale degli uffici accettazione, del personale degli uffici cartelle cliniche, dei direttori delle S.C. ospedaliere

La Responsabilità della distribuzione della presente procedura è dei responsabili amministrativi delle direzioni mediche dei presidi ospedalieri

La vigilanza sull'applicazione della procedura è del Direttore SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola.

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
Legenda: Responsabile (R); Coinvolto (C); Informato (I) NC (Non Coinvolto)					
Descrizione dell'attività	Operatore				
	Dirigenti Medici DSPO responsabili dei P.O.	Direttore SOC DSPO Verbania- Domodossola	Personale Uffici Accettazione	Personale Uffici Cartelle Cliniche	Collaboratore Amministrativo DSPO responsabile dei P.O.
Distribuzione procedura	I	I	NC	NC	R
Applicazione procedura	R	I	R	R	I
Vigilanza applicazione procedura	C	R	NC	NC	C

## SOGGETTI LEGITTIMATI

Il rilascio di copia della cartella clinica avviene su richiesta scritta e soltanto previo accertamento che il richiedente sia un "avente diritto".

Lo status di "avente diritto" può essere oggetto di specifica autocertificazione. L'autocertificazione è una dichiarazione prodotta dall'utente che sostituisce a tutti gli effetti i certificati rilasciati dagli uffici pubblici ovvero contenuti in atti notori.

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 4 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

## 1.1 Richiesta da parte del paziente

Il paziente interessato ha diritto di richiedere copia della documentazione sanitaria che lo riguarda.

Il paziente può fare richiesta e delegare (per iscritto) altra persona di sua fiducia ad effettuare il ritiro stesso previa esibizione di un documento di riconoscimento del delegato e del delegante (se la delega non viene consegnata personalmente dal paziente).

## 1.2 Casi particolari

Le istruzioni relative a richieste di presa visione e di rilascio copia da parte di soggetti diversi all'interessato, vengono di seguito riportate:

### a) Interdizione per infermità

Se l'interessato è interdetto per infermità di mente, la cartella clinica viene richiesta dal tutore, cui può essere rilasciata previa esibizione del decreto del giudice tutelare o autocertificazione del relativo status.

### b) Incapacità temporanea di intendere e di volere

Se l'interessato, normalmente capace, diventa incapace di intendere e di volere per una causa transitoria, legittimato alla richiesta ed al ritiro di copia è la persona che l'assiste (medico curante).

NB Il coniuge separato o in corso di separazione, il divorziato o chi ha ottenuto l'annullamento non ha diritto ad ottenere copia della cartella clinica.

### c) Inabilitazione

Se l'interessato è inabilitato può provvedere direttamente a richiedere copia della propria documentazione, ovvero la richiesta può essere effettuata dal curatore e il rilascio può avvenire previa esibizione del decreto del giudice tutelare o autocertificazione del relativo status.

### d) Impossibilità a provvedere ai propri interessi

Se l'interessato si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può provvedere direttamente a richiedere copia della propria documentazione, ovvero la richiesta può essere effettuata dall'amministratore di sostegno e il rilascio può avvenire previa esibizione del decreto del giudice tutelare o autocertificazione del relativo status.

### e) Minore emancipato

Se il minore è emancipato può chiedere copia della propria documentazione sanitaria previa esibizione di idonea certificazione o di dichiarazione sostitutiva o di autocertificazione, attestante tale status, firmata dall'interessato con l'assistenza del curatore.

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 5 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

#### **f) Analfabeta o non in grado di firmare**

Se l'interessato è analfabeta o non è in grado di firmare, l'addetto allo sportello dovrà apporre sulla richiesta la dicitura "Non è in grado di firmare" e la propria firma (leggibile), facendo inoltre firmare un testimone di cui saranno annotate le generalità.

#### **g) Detenuto**

Il principio per il quale ogni individuo ha diritto di conoscere gli esiti degli accertamenti sanitari a cui è stato sottoposto, trova applicazione anche nei confronti delle persone in condizione di privazione della libertà personale. I detenuti possono, infatti, chiedere in qualsiasi momento copia della cartella clinica.

#### **h) Familiari del defunto**

Copia della documentazione sanitaria di una persona defunta può essere richiesta, anche disgiuntamente, dai legittimari dello stesso (art. 536 c.c.) e precisamente dal coniuge, da parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso secondo la nuova normativa in materia delle unioni civili (art.20 Legge n.76/2016), dai figli legittimi, dai figli naturali, in mancanza dei predetti dagli ascendenti legittimi, nonché, dagli eredi testamentari.

La Legge. 20 Maggio n.76/2016 prevedendo la regolamentazione delle unioni civili dello stesso sesso e delle convivenze di fatto si preoccupa di riconoscere a questi ultimi effettivi e pari diritti a quelli dei coniugi eterosessuali.

La richiesta d'accesso alla documentazione sanitaria deve essere motivata e si deve procedere al contemperamento degli interessi coinvolti nel caso in cui il defunto abbia manifestato la propria volontà in forma scritta ed espressa di non comunicare le informazioni inerenti al proprio stato di salute.

Al momento della richiesta l'istante dovrà presentare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la qualità di legittimo erede e la relazione di parentela esistente con il defunto.

A seguito del Provvedimento del Garante del 17 settembre 2009, anche i conviventi sono legittimati all'accesso ai dati sanitari, ai sensi dell'art 9, comma 3, del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196, che riconosce tale diritto, riferito a dati personali concernenti persone decedute, a "chi ha un interesse proprio, o agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione".

Pertanto, all'accesso ai dati della persona defunta contenuti nella cartella clinica, i conviventi, il cui rapporto con la persona deceduta sia documentato, sono legittimati nei limiti e secondo le modalità dell'art.10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196.

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 6 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

### **i) Minori**

Nel caso di paziente minore di età, la copia della cartella clinica, può venire richiesta da uno od ambedue i genitori aventi responsabilità genitoriale non sussistendo la decadenza dalla responsabilità di cui all'art 330 c.c., dietro specifica richiesta e previa autocertificazione del relativo status. Nel caso di minori in condizioni particolari si procede come segue:

- se i genitori sono separati o divorziati, la documentazione sanitaria può essere richiesta disgiuntamente da entrambi i genitori;
- se il minore, ai sensi della L.184/83, è affidato temporaneamente ad altre persone, a comunità, ai servizi sociali territoriali, gli affidatari, oltreché i genitori biologici, possono chiedere copia della documentazione sanitaria esibendo il provvedimento di affidamento del minore da parte dell'autorità giudiziaria o del Tribunale per i Minorenni ovvero la dichiarazione di affidamento sottoscritta dai genitori, a meno che vi siano limitazioni specifiche da parte del giudice;
- se i genitori sono decaduti dalla responsabilità genitoriale (ex art. 330 c.c.), non hanno diritto né ad ottenere copia della cartella né ad essere informati sulle condizioni di salute del figlio;
- se entrambi i genitori sono deceduti o se per altra causa non possono esercitare la potestà, il tutore nominato può chiedere copia della documentazione sanitaria previa esibizione del decreto del giudice tutelare o autocertificazione del relativo status;
- se il minore è adottato o è stato dichiarato adottabile dal Tribunale dei Minori, i genitori biologici non hanno diritto ad ottenere copia della documentazione sanitaria dei figli né ad essere informati circa le condizioni di salute dei medesimi. In tal caso si distinguono due fattispecie:

1.se il minore è in stato di affidamento preadottivo, la documentazione sanitaria può essere richiesta e rilasciata al soggetto affidatario, previa esibizione del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente;

2.se il minore è adottato, nel caso in cui nella documentazione sanitaria richiesta risultasse la paternità o la maternità originaria, questa, a garanzia del segreto d'ufficio, non potrà essere portata a conoscenza di nessuno, salvo autorizzazione espressa dell'autorità giudiziaria.

3.Qualora sussistano fattispecie di reato e siano in corso attività istruttorie da parte dell'Autorità Giudiziaria il rilascio è subordinato all'autorizzazione da parte dell'Autorità Giudiziaria competente.

### **j) Autorità giudiziaria e suoi delegati, avvocati e consulenti di parte**

Gli ordini dell'Autorità Giudiziaria, in materia di esibizione di documentazione sanitaria, acquisizione di copie o sequestro di originali, devono essere eseguiti, dandone comunque immediato avviso alla S.C. Direzione Sanitaria di Presidio.

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 7 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico	

I periti ed i consulenti nominati dall'autorità giudiziaria, debitamente autorizzati dal magistrato, hanno diritto ad accedere alla documentazione sanitaria specificamente indicata nel loro mandato e ad ottenere le copie necessarie, previa esibizione del mandato medesimo. Per quanto riguarda gli avvocati, il rilascio è consentito su specifica delega dell'assistito.

#### **k) Polizia giudiziaria**

Può ottenere copia della documentazione sanitaria, la polizia giudiziaria che intervenga in via autonoma prima di riferire al Pubblico Ministero entro 48 ore dalla notizia di reato o su delega dell'autorità giudiziaria stessa. In ogni caso la richiesta dovrà essere acquisita per iscritto.

#### **l) Pubblica autorità**

L'autorità sanitaria nella persona del Ministro della Salute, Assessore Regionale alla Sanità, Sindaco può ottenere, senza alcun aggravio di spesa e per provati motivi di tutela della salute pubblica, copia di cartella clinica. Nella richiesta, su carta intestata, dovrà risultare il motivo e la dizione specifica "a tutela della salute pubblica".

#### **m) INAIL**

Il rilascio è consentito, come previsto dall' art. 94, comma 3, D.P.R. 30.06.65 n. 1124, dietro richiesta formale. Pertanto, l'INAIL otterrà la cartella clinica di pazienti in vita o defunti, previa richiesta su carta intestata solo qualora la causa dell'infortunio o della malattia sia di ordine professionale.

#### **n) INPS**

E' consentita la richiesta di documentazione sanitaria solo nell'ambito dell'attività istituzionale.

#### **o) Altri soggetti**

Copia della documentazione sanitaria deve essere rilasciata ad Enti che abbiano per fine statutario, normativamente previsto, la raccolta di dati personali sensibili sanitari per finalità epidemiologiche (es. Registro tumori, etc.).

Ha diritto al rilascio di copia della documentazione sanitaria, alla consultazione e alla presa in visione dell'originale, l'Azienda che lo detiene e presso cui il documento è stato originato, se convenuta in giudizio o altrimenti chiamata a rispondere per danni. Il personale medico dell'ospedale, per fini statistici, epidemiologici e scientifici, può consultare la cartella clinica nel rispetto della riservatezza e dell'anonimato dell'interessato. In particolare le cartelle cliniche possono essere oggetto di esame, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria di Presidio, da parte di soggetti interni od esterni all'Azienda Sanitaria, a fini di studio e di ricerca scientifica, con le seguenti modalità e limiti:

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 8 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico	

- l'accesso deve essere autorizzato e le modalità concordate con la Direzione Sanitaria di Presidio;
- la Direzione Sanitaria di Presidio, ai sensi della normativa vigente, deve nominare i soggetti autorizzati incaricati al trattamento dei dati.

## MODALITÀ OPERATIVE

### *A) MODALITÀ DI RICHIESTA DA PARTE DELL'UTENTE*

#### **Modalità 1 – Intestatario della cartella clinica**

L'utente che richiede fotocopia della PROPRIA cartella clinica deve:

- compilare l'apposito modello (allegato cc/1) allegando copia del proprio documento di riconoscimento
- presentare il suddetto modello presso l'Ufficio Accettazione nella sede di Verbania o presso l'Archivio Cartelle Cliniche nella sede di Domodossola

#### **Modalità 2 - Intestatario che delega altra persona**

L'utente che NON può presentarsi personalmente può incaricare altra persona ma deve:

- compilare delega scritta (allegato cc/2) allegando copia del documento di riconoscimento proprio e del delegato
- il delegato deve presentare il suddetto modello presso l'Ufficio Accettazione nella sede di Verbania o presso l'Archivio Cartelle Cliniche nella sede di Domodossola

#### **Modalità 3 - Minori**

Per i minori i soggetti autorizzati a presentare la richiesta sono i genitori esercenti la potestà o, in mancanza, il tutore.

I genitori devono:

- compilare l'apposito modello (allegato cc/3) dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. n. 445/2000) indicando il consenso dell'altro genitore e allegando copia del proprio documento di riconoscimento
- presentare il suddetto modello presso l'Ufficio Accettazione nella sede di Verbania o presso l'Archivio Cartelle Cliniche nella sede di Domodossola

Il tutore deve:

- compilare l'apposito modello (allegato cc/4) dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. n. 445/2000) allegando copia del proprio documento di riconoscimento e l'atto di nomina a Tutore del minore
- presentare il suddetto modello presso l'Ufficio Accettazione nella sede di Verbania o presso l'Archivio Cartelle Cliniche nella sede di Domodossola

#### **Modalità 4 - Minore emancipato, persona interdetta, persona inabilitata**

Per le persone interdette, per i minori emancipati e per le persone inabilite il tutore e il curatore devono:



Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 9 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

- a) compilare l'apposito modello (allegato cc/5) dichiarazione sostitutiva di certificazione (art.46 D.P.R. n. 445/2000) allegando copia del proprio documento di riconoscimento e l'atto di nomina a Tutore dell'Interdetto o a Curatore del minore emancipato o dell'inabilitato.
- b) presentare il suddetto modello presso l'Ufficio Accettazione nella sede di Verbania o presso l'Archivio Cartelle Cliniche nella sede di Domodossola

#### **Modalità 5 – Persona deceduta**

Per il paziente deceduto, i soggetti autorizzati a presentare la richiesta sono gli eredi.

Nel caso si presenti uno solo degli eredi lo stesso dovrà:

- a. compilare l'apposito modello (allegato cc/6) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 D.P.R. n. 445/2000) indicante l'esistenza o meno di atto testamentario (nel caso di esistenza, questo va esibito successivamente alla pubblicazione ) e allegando copia del proprio documento di riconoscimento nonché delega alla richiesta di copia della cartella clinica del defunto da parte degli altri eredi.
- b. presentare il suddetto modello presso l'Ufficio Accettazione nella sede di Verbania o presso l'Archivio Cartelle Cliniche nella sede di Domodossola

#### **Modalità 6 – Persona incapace per malattia**

Se l'incapacità è causata da malattia, il parente più prossimo deve esibire una certificazione redatta da un medico (curante, specialista o ospedaliero).

#### **Modalità 7 –Autorità Giudiziaria**

L'autorità giudiziaria può richiedere la copia della cartella clinica con un esplicito ordine scritto su carta intestata.

#### **Modalità 8 – Istituti Previdenziali**

Gli istituti previdenziali e assistenziali possono ottenere la copia della cartella clinica di un loro assistito solo dopo la compilazione, da parte dello stesso, di un consenso scritto.

#### **Modalità 9 – Ricerca ai fini di prevenzione ed epidemiologici**

Le strutture sanitarie richiedenti possono ottenere copia gratuita della documentazione sanitaria previa richiesta motivata con individuazione chiara delle motivazioni prevenzionistiche o e epidemiologiche.

#### **Modalità 10 – Richieste fatte via fax e per posta**

È possibile inviare la richiesta di cartella clinica tramite FAX o per posta purché compilata nei modi sopraindicati e accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento del richiedente

Non possono in nessun caso essere accettate richieste di fotocopie di cartelle cliniche effettuate telefonicamente.

Tutte le richieste vengono protocollate dalle direzioni sanitarie di presidio o dal protocollo generale

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 10 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatazza Rischio Clinico	

## ***B) UFFICIO ACCETTAZIONE***

1. Verifica la legittimità del richiedente
2. Fa tre copie della richiesta
3. Consegna al richiedente una copia della richiesta unitamente al relativo modulo necessario per provvedere al pagamento di quanto dovuto o direttamente allo sportello bancario interno (Tesoriere) o attraverso bonifico bancario.
4. Registra, su apposito registro, la richiesta di fotocopia di cartelle cliniche e vi appone il relativo numero. Su detto registro riporta i seguenti dati:
  - data richiesta
  - numero richiesta e numero protocollo
  - cognome e nome paziente
  - reparto di ricovero
  - data ricovero
  - il richiedente la documentazione sanitaria
  - data spedizione
  - importo
  - data di invio copia cartella clinica alla Segreteria di Presidio per la firma del Dirigente Medico D.S.O.
  - numero fattura
5. Consegna la richiesta, firmata in originale dal richiedente, unitamente a una copia della stessa e a una copia del pagamento, all'Archivio che inserisce l'originale della richiesta nell'originale della cartella clinica e la copia della richiesta e della fattura nella fotocopia della cartella clinica.
6. Ritira presso la Segreteria di Presidio della D.S.O. la fotocopia di cartella clinica firmata dal Dirigente Medico D.S.O. di Presidio.
7. Consegna (in applicazione dell'art. 4 comma 2 della legge n. 24 del 8.3.2017) **entro 7 giorni** dalla data della richiesta, al richiedente, in busta chiusa, la fotocopia autenticata della cartella clinica recante la dicitura "Documento sanitario – contiene dati personali inerenti lo stato di salute" ovvero inoltro per posta al richiedente, con spese a carico del destinatario, se ciò richiesto dallo stesso. Le eventuali integrazioni sono fornite entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della suddetta richiesta.
8. Fa firmare al richiedente per ricevuta la richiesta numerata, annotando, nel registro suindicato, l'avvenuto pagamento.
9. Archivia la richiesta.

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 11 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico	

### ***C) UFFICIO ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE***

1. Riceve dall'Ufficio Accettazione la richiesta (originale e una copia) di fotocopia di cartella clinica con allegata la relativa quietanza
2. Procede alla ricerca della cartella clinica; se si tratta di una cartelle clinica dell'anno in corso non ancora scansionata e quindi ancora presente presso le Unità Operative, la richiede in visione alle stesse utilizzando il modello cc/7.

Le cartelle cliniche degli anni sino al 2016 sono archiviate dalla ditta ITALARCHIVI presso il deposito di Lachiarella (MI); pertanto la richiesta delle relative cartelle va inviata tramite fax alla ditta ITALARCHIVI.

Le cartelle a decorrere dall'anno 2017 sono archiviate dalla ditta CSA e scansionate e sono reperibili on line pertanto non occorre formulare alcuna richiesta.

3. Informa, in caso di esito negativo della ricerca, la Segreteria di Presidio e l'Ufficio Accettazione, utilizzando il modello cc/8, da inviare alla Segreteria di Presidio **entro 10 giorni** dalla richiesta dell'utente.
4. Entrato in possesso della cartella clinica la fotocopia integralmente se precedente all'anno 2017 ovvero procede direttamente alla stampa dopo il reperimento della stessa sul portale.
5. Pinza i fogli sul lato per evitarne la perdita.
6. Timbra ciascun foglio con timbro numeratore progressivo e col timbro dell'A.S.L..
7. Appone sull'ultima pagina il timbro di autentica indicante il numero di fogli di cui è composta la cartella clinica, il numero e la data di registro corrispondente alla richiesta, il timbro relativo al rispetto del vincolo del segreto professionale d'ufficio e il timbro del Dirigente Medico SOC DSPOVD responsabile del Presidio.
8. Registra sul registro interno delle consegne i seguenti dati:
  - data ricevimento richiesta
  - nome e cognome degente
  - data ricovero
  - data di invio della fotocopia della cartella clinica presso la Segreteria di Presidio della Direzione Sanitaria Ospedaliera per la firma del Dirigente Medico.
9. Trasmette alla Segreteria di Presidio della SOC DSPOVD la fotocopia della cartella clinica per la firma del Dirigente Medico di Presidio. Se cartelle scansionate la firma del DM non è più richiesta. Firma chi ha effettuato la stampa.
10. Restituisce gli originali delle cartelle cliniche alle Unità Operative o alla ditta ITALARCHIVI o li archivia. La restituzione alla ditta ITALARCHIVI avviene:
  - a. raccogliendo le cartelle cliniche in DOUBLE (scatole di cartone)
  - b. compilando il documento di trasporto (alias bolla di accompagnamento)

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 12 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico	

## ***D) STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE***

Devono, **entro e non oltre 7 giorni** dalla chiusura della SDO consegnare l'originale della cartella clinica all'Archivio Cartelle Cliniche onde consentire lo svolgimento, in tempi utili, delle successive fasi procedurali fino alla consegna di copia autentica della stessa ai richiedenti.

### **INDICATORI**

#### **Indicatore di processo n. 1**

Consegna della cartella dai reparti alla SOC DSPOVD entro 7 giorni dalla chiusura della SDO

- n. copie cartelle per reparto consegnate entro 7gg / n. totale cartelle per reparto X 100 -  
**Standard  $\geq 80\%$**

#### **Indicatore processo n. 2**

Consegna della copia della cartella all'utente entro 7 gg dalla data di richiesta

- n. copie cartelle consegnate entro 7 gg / n. totale copie cartelle richieste X 100 -  
**Standard  $\geq 80\%$**

### **DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI**

La procedura oltre che pubblicata nel sito intranet aziendale deve essere presente e a disposizione sia del personale che dell'utenza presso le direzioni sanitarie di presidio, presso gli uffici accettazione, presso gli uffici cartelle cliniche, presso l'URP.

### **ALLEGATI**

- cc/1: modello di richiesta da parte di utente esterno di copia conforme all'originale della propria cartella clinica
- cc/2: modello di delega per richiesta di copia di cartelle clinica
- cc/3: dichiarazione sostitutiva di certificazione del consenso dell'altro genitore
- cc/4: dichiarazione sostitutiva di certificazione del tutore del minore
- cc/5: dichiarazione sostitutiva di certificazione del tutore di persona interdetta o del curatore del minore emancipato o dell'inabilitato
- cc/6: dichiarazione sostitutiva di atto notorio per gli eredi
- cc/7: modello di richiesta ai Reparti, in visione, di originale cartelle clinica
- cc/8: modello da compilare in caso di mancato ritrovamento della cartella clinica

Struttura: SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 08	
Titolo documento: Procedura operativa per la richiesta ed il rilascio della cartella clinica	Pagina 13 di 13	Revisione: 02	Data: 10/08/2020
Redatta da: Direttore SOC DSPOVD	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico	

## BIBLIOGRAFIA

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale e degli esercenti le professioni sanitarie”
- Procedura ASL VCO PO 27-OUP 07 rev. 01 del 18 febbraio 2015 “Gestione della documentazione sanitaria”



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

**Modello CC/1**

**All'Ufficio cartelle Cliniche  
Presidio Ospedaliero di**

.....  
(luogo e data)

### Richiesta copia conforme all'originale di cartella clinica

Il /la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (.....) il .....  
residente a .....: ..... (.....) In via.....

..... n. telefono .....

Codice Fiscale .....

### **CHIEDE** il rilascio di copia conforme della propria cartella clinica relativa al ricovero avvenuto

dal ..... al ..... nel reparto di .....  
dal ..... al ..... nel reparto di .....  
dal ..... al ..... nel reparto di .....  
per il seguente motivo: .....

Firma Titolare Richiedente

Data e Firma Per Ricevuta

### **ATTO DI DELEGA AL RITIRO DI COPIA CONFORME DI CARTELLA CLINICA**

Il /la sottoscritto/a .....

**DELEGA** al ritiro di copia conforme della propria cartella clinica il/la Sig./Sig.ra  
..... nato/a..... il.....

Data e Firma del Delegante

Data e Firma del Delegato Per Ricevuta

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003::*

*..... " I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo" .....*

**Si allega copia fotostatica di un documento di identità del Titolare Richiedente e del delegato.**

**NOTA: la consegna avverrà nei termini di legge.**





**SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA**

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

Modello cc/2

**All'Ufficio Cartelle Cliniche  
Presidio Ospedaliero di**

.....  
(luogo e data)

**Delega**

Il /la sottoscritto/a ..... codice fiscale.....

nato/a a .....(.....)..... il .....

residente a .....(.....) ..... in via.....

..... n. telefono .....

**delega alla richiesta e al ritiro di copia conforme della propria cartella clinica sul ricovero avvenuto**

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

per il seguente motivo: .....

**il/la Sig./Sig.ra** .....

**nato/a** .....**il**.....

Firma del Delegante

**Il/la Sig./Sig.ra, in qualità di delegato/a, chiede il rilascio della suindicata copia conforme di cartelle clinica**

Data e Firma del Delegato

Data e Firma del Delegato Per Ricevuta

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003::*

*..... " I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo" .....*



**REGIONE  
PIEMONTE**

**tativa di un documento di identità del delegante e del delegato.**



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**NOTA: la consegna avverrà nei termini di legge.**

---





**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA**

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

Modello cc/3

**All'Ufficio Cartelle Cliniche  
Presidio Ospedaliero di**

.....  
(luogo e data)

### **Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445)**

Il /la sottoscritto/a ..... codice fiscale .....

nato/a a .....(.....)..... il .....

residente a .....(.....) in via.....

..... n.telefono .....

**consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsita' in atti e uso di atti falsi così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**

**DICHIARA**, in qualità di **genitore** (rappresentante legale), **di esercitare la responsabilità genitoriale** sul minore  
.....nato/ a ..... il.....e che

il padre .....

▪ la madre .....

è a conoscenza e consenziente al rilascio di copia della documentazione sanitaria relativa al figlio minore suindicato

### **CHIEDE il rilascio di copia conforme della cartella clinica del minore sul ricovero avvenuto**

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

per il seguente motivo .....

Firma del Genitore Richiedente

Data e Firma Per Ricevuta

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003:..... " I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo"*





**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Si allega copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.**

**NOTA: la consegna avverrà nei termini di legge.**



**SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA**

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

Modello cc/4

**All'Ufficio Cartelle Cliniche**  
**Presidio Ospedaliero di .....**

.....  
(luogo e data)

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445)**

Il /la sottoscritto/a ..... codice fiscale .....

nato/a a .....(.....)..... il .....

residente a .....(.....) in via.....

..... n.telefono .....

**consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsita' in atti e uso di atti falsi così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**

**DICHIARA** di essere il **tutore** del minore .....

nato/ a ..... il.....

**CHIEDE il rilascio di copia conforme della cartella clinica del minore sul ricovero avvenuto**

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

per il seguente motivo: .....

Firma del Tutore

Data e Firma Per Ricevuta

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003:..... " I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo"*

**Si allega copia fotostatica di un documento di identità del Tutore e dell'atto di nomina del Tutore da parte del Giudice Tutelare.**



..... avverrà nei termini di legge.



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

Modello cc/5

### All'Ufficio Cartelle Cliniche Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

.....  
(luogo e data)

#### Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445)

Il /la sottoscritto/a ..... codice fiscale.....

nato/a a .....(.....)..... il .....

residente a .....(.....) ..... in via.....

..... n. telefono .....

**consapevole della responsabilita' che assume e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsita' in atti e uso di atti falsi così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**

#### DICHIARA di essere

**il tutore** del/della Sig./Sig.ra ..... **interdetto/a**

**il curatore** del/della Sig./Sig.ra .....

**minorenne emancipato/a**

**inabilitato/a**

#### CHIEDE il rilascio di copia conforme della cartella clinica sul ricovero avvenuto

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

dal .....al.....nel reparto di .....

per il seguente motivo: .....

Firma del Tutore /Curatore

Data e Firma Per Ricevuta

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003:*

..... " I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo" .....





**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormezza (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Si allega copia fotostatica di un documento di identità del Tutore / Curatore e dell'atto di nomina del Tutore / Curatore**

**NOTA: la consegna avverrà nei termini di legge.**



**SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA**

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

Modello cc/6

**All'Ufficio Cartelle Cliniche  
Presidio Ospedaliero di**

.....  
(luogo e data)

**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (art. 47 D.P.R. 28-12-2000, n. 445)**

Il /la sottoscritto/a ..... codice fiscale.....

nato/a a .....(.....)..... il .....

residente a .....(.....) ..... in via.....

..... n. telefono .....

**consapevole della responsabilita' che assume e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsita' in atti e uso di atti falsi così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R.. n. 445/2000**

**DICHIARA** che il/ Sig./la Sig.ra .....nato/a a .....

il ..... è deceduto/a a ..... il .....

**GRADO DI PARENTELA:**

senza lasciare testamento e lasciando i seguenti eredi legittimi :

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

• lasciando testamento e i seguenti eredi legittimari e testamentari

Eredi legittimari			
Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela
Eredi testamentari			
Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

**CHIEDE** il rilascio di copia conforme della cartella clinica del/della defunto/a.

Firma dell'Erede Richiedente

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003::*



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormezza (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

..... " I dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo" .....**Si allega copia fotostatica di un documento di identità dell'Erede richiedente.**

**NOTA: la consegna avverrà nei termini di legge.**





**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

Modello cc/7

.....  
(luogo e data)

Alla SOC./SOSD \_\_\_\_\_

SEDE DI \_\_\_\_\_

Si richiede in visione la cartella clinica n. \_\_\_\_\_ del/della Sig./Sig.ra  
\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ ricoverato/a il  
\_\_\_\_\_ presso il Reparto di \_\_\_\_\_ per  
eseguire fotocopia richiesta dall'utente.

L'Operatore dell'Archivio

\_\_\_\_\_



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

**SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA-DOMODOSSOLA**

Sede legale: Via Mazzini 117 – 28887 Omegna (Vb)

Sede Operativa Verbania Tel. 0323 541320/580 Fax 0323 541399 e-mail: [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it) – [dsanitaria.vb@aslvco.it](mailto:dsanitaria.vb@aslvco.it)

Sede Operativa Domodossola Tel. 0324 491440 Fax 0324 491365 - e-mail: [dsanitaria.do@aslvco.it](mailto:dsanitaria.do@aslvco.it)

Modello cc/8

**Al Dirigente Medico Responsabile del  
Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

**Comunicazione mancato ritrovamento cartella clinica**

**In riferimento alla richiesta di copia cartella clinica del**

**Sig./Signora \_\_\_\_\_**

**Per il ricovero avvenuto \_\_\_\_\_**

**Si segnala quanto segue:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tanto si doveva per gli opportuni provvedimenti.

L'Operatore  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_