

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

### DA CONSEGNARE

Di persona all'Ufficio Copia Cartelle Cliniche

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 : [copiacart@cro.it](mailto:copiacart@cro.it)
- via Fax al numero **0434 659302**

### Per ulteriori INFORMAZIONI

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

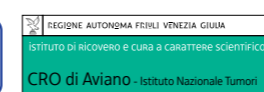
### ORARIO UFFICIO

da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 15.30

**TELEFONO:** 0434 659104

**FAX:** 0434 659302

**E-MAIL:** [copiacart@cro.it](mailto:copiacart@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: Ivana Truccolo (Resp. Biblioteca CRO)

Revisione del testo: Emanuela Ferrarin, Chiara Cipolat Mis (Biblioteca CRO),  
Barbara Polo Grillo (Direzione Sanitaria CRO), Associazione ANGOLO

Grafica e impaginazione: Nancy Michilin (Direzione Scientifica - Biblioteca CRO)

Immagini: © Shutterstock

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

*Questo pieghevole è stato prodotto nel mese di dicembre 2018.*

*Stampato su carta FSC MIX CREDIT presso Tipografia Sartor Pordenone.*

Documento accessibile da:

[http://www.cro.it/it/servizi\\_al\\_cittadino/](http://www.cro.it/it/servizi_al_cittadino/)

## Come richiedere la COPIA della CARTELLA CLINICA

*Informazioni  
per gli utenti*



Testi: Francesca Busetto, infermiera, Direzione Sanitaria  
Maurizio Pitton, Coordinatore progetti speciali, 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 Copia Cartelle Cliniche** 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 : [copiacart@cro.it](mailto:copiacart@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 all'ufficio Copia Cartelle Cliniche. Il pagamento verrà effettuato presso l'Ufficio Cassa.
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:

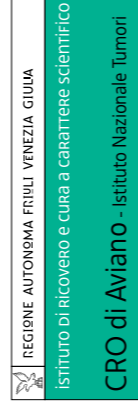
Il contributo di spesa richiesto per ciascun foglio della copia della cartella è di **0.21 euro**.

## TEMPI DI CONSEGNA:

La consegna della copia della cartella avverrà entro 30 giorni dalla richiesta.



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico (D.L. 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 (titolare della documentazione)
- Persona delegata
- Esercente patria potestà, tutela legale per minori, inabilitati o interdetti
- Amministratore di sostegno
- Erede <sup>1</sup>

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

chiede :

- Copia della **cartella clinica**:  
reparto .....
- Copia della seguente **documentazione sanitaria**: .....

ricovero dal .... / .... / ..... al .... / .... / .....

### MODALITÀ DI RITIRO E CONSEGNA:

- Personalmente, presso l'Ufficio Copia Cartelle del CRO
- 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