



REGIONE DEL VENETO
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE E DOCUMENTAZIONE SANITARIA



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....
 NATO /A IL.....A..... PROV.....
 RESIDENTE A.....CAP..... PROV.....
 VIA.....N..... TEL.....
 EMAIL

DOCUMENTO D'IDENTITÀ || Carta d'identità || Patente || Passaporto Numero

IN QUALITÀ DI:

- || **TITOLARE**
- || **DELEGATO**
- || **GENITORE CON POTESTÀ GENITORIALE**
- || **TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/CURATORE**
- || **EREDE LEGITTIMO** (DESCRIVERE IL TIPO DI PARENTELA)

RICHIEDE (SELEZIONARE):

- COPIA CARTELLA CLINICA**
 RICOVERO REPARTO.....DAL ___/___/___ AL ___/___/___
 RICOVERO REPARTO.....DAL ___/___/___ AL ___/___/___
 RICOVERO REPARTO.....DAL ___/___/___ AL ___/___/___

- COPIA CARTELLINO AMBULATORIALE**
 DAL ___/___/___ AL ___/___/___
 DAL ___/___/___ AL ___/___/___

- CD ESAMI RADIOLOGICI O ALTRO SUPPORTO (SPECIFICARE IL TIPO DI INDAGINI)**
 1 _____ DATA ___/___/___
 2 _____ DATA ___/___/___

DATI INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE

COGNOME E NOME

NATO /A IL.....A..... C. FISCALE

MODALITÀ DI RITIRO (SELEZIONARE):

- RITIRO ALLO SPORTELLO**
 - SPEDIZIONE A:**
 DESTINATARIO
- VIA/PIAZZA.....N.....
 CITTÀ.....CAP.....PROV.....

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/25.12.2000 e s.m.i.

FIRMA

DATA ___/___/___ _____

La informiamo ai sensi dell'art. 13 del reg. (UE) 679/2016 che il presente trattamento è effettuato nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali al fine di garantire il Suo diritto alla riservatezza e la tutela dei Suoi diritti e libertà fondamentali.

L'informativa completa è affissa nei locali dell'ospedale, ed è disponibile all'indirizzo: <http://ioveneto.it/privacy/>



REGIONE DEL VENETO
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE E DOCUMENTAZIONE SANITARIA



REGIONE DEL VENETO

Allo sportello: l'intestatario della documentazione sanitaria o altri aventi diritto esibiscono il documento d'identità in originale e copia del versamento. Eventuali delegati possono presentarsi con il documento d'identità in originale, modulo di delega e fotocopia del documento d'identità dell'intestatario della documentazione sanitaria.

A mezzo e-mail: inviare una e-mail a: richiesta.cartelle@iov.veneto.it

La richiesta deve essere inviata con allegata copia del documento dell'intestatario della documentazione sanitaria e copia del versamento.

Pagamenti: Il pagamento è da effettuare in via anticipata tramite la piattaforma PagoPA, con le seguenti modalità:

-generare l'avviso di pagamento, accedendo al sistema attraverso il link web dedicato <https://mypay.regione.veneto.it/mypay4/cittadino/home> e compilando i campi con i dati richiesti (vedasi allegato 2);

-saldare l'avviso di pagamento generato, utilizzando uno dei seguenti canali di pagamento:

- bonifico bancario, tramite la funzione "Pagamento CBILL", presso le filiali aderenti o gli sportelli ATM abilitati;
- versamento presso l'ufficio postale, utilizzando il codice QR riportato nell'avviso PagoPA;
- versamento presso gli esercenti convenzionati, quali bar, edicole, farmacie, ricevitorie, supermercati e tabaccherie;
- versamento presso i punti di posta privata, ossia le agenzie che offrono servizi postali sul territorio.

Una volta effettuato il pagamento, il sistema inoltrerà via mail la corrispondente ricevuta all'indirizzo di posta elettronica indicato dall'utente al momento della generazione dell'avviso di pagamento.

Per comunicazioni telefoniche: 049 821 5643 dal lunedì al venerdì, dalle 08:30 alle 09:30 e dalle 13:30 alle 14:30.