

Date de création : 23/01/2018 (V1) – Date de la dernière modification : 21/07/2023 (V3)

Referenze

↳ Legge del 4 marzo 2002, i diritti del paziente CSP*

↳ Articolo 2 del decreto del 29 aprile 2002 sull'accesso alle informazioni personali detenute da operatori sanitari e strutture sanitarie ai sensi degli articoli L.1111-7 e L.1112-1 del codice della sanità pubblica.

↳ Ordinanza del 5 marzo 2004, raccomandazioni di buone pratiche relative all'accesso alle informazioni relative alla salute di una persona.

Modulo stampato da restituire debitamente compilato e firmato a:

**Centre Hospitalier d'Ajaccio
Direction des Relations avec les Usagers
1180 Route A Madonuccia
20 090 AJACCIO**

IDENTITÀ DEL PAZIENTE

Signore, Signora :
(Specificare il cognome da nubile per le donne sposate)

Data di nascita: N° ☎ :

Indirizzo postale :

(Cancellare ciò che non è pertinente)

RICHIEDENTE (se diverso dal paziente)

Signore, Signora :

Data di nascita:

N° ☎ :

(Cancellare ciò che non è pertinente)

☞ Seleziona le caselle corrispondenti alla tua situazione o scelta

QUALITÀ DEL RICHIEDENTE:

- ☐ Hai l'autorità genitoriale, agendo come: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Custode
- ☐ Sei incaricato (allega la lettera del preside che ti nomina ad agire per suo conto)
- ☐ Hai diritto in caso di decesso:
Specificare la motivazione (Art L1110-4) CSP*
- ☐ Conoscere la causa della morte
- ☐ Difendere la memoria del defunto
- ☐ Diritti da far valere

NB : Se la persona ha espresso una volontà contraria, questa richiesta non può essere accolta.

(Art.L 1111-5) Art 6 del decreto del 29 avril 2002

DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DA ALLEGARE (A seconda della situazione)

Fotocopia di entrambi i lati di un documento di identità

Fotocopia attestante l'autorità genitoriale (libretto di famiglia, sentenza o ordinanza emessa, dichiarazione congiunta)

Fotocopia attestante l'esercizio della tutela (sentenza o ordinanza resa)

Fotocopia di un documento attestante lo status di beneficiario (atto notarile o certificato di stato civile)

Fotocopia del contratto di assicurazione sulla vita di cui sei beneficiario

TERMINI E CONDIZIONI DI COMUNICAZIONE

Chiedo la comunicazione come segue:

☐ **Invio a casa**

Cognome – Nome :

.....

Indirizzo postale :

.....

.....

☐ **Invio al medico curante o mandatario di vostra scelta**

(Art. L1111-7 CSP)

Cognome – Nome :

.....

Indirizzo postale :

.....

.....

☐ **Ritiro presso l'Ufficio Relazioni con gli Utenti**

☐ **Consulenza in loco (gratuita)**

(Art. R 710-2-1 CSP)

Fissare un appuntamento con il medico presso la segreteria del servizio interessato.

MOTIVI DELLA RICHIESTA

.....

.....

.....

NATURA DELLA RICHIESTA

Vuoi :

☐ **L'intera cartella clinica**

☐ **I seguenti :**

.....

.....

.....

Date del soggiorno

Servizi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'assenza di documenti giustificativi o di risposta da parte tua, entro tre mesi dall'invio di questo modulo, comporterà la chiusura del processo di accesso al tuo fascicolo o a quello di un parente.

Mi impegno a pagare al Centro Ospedaliero di Ajaccio, i costi di riproduzione dei documenti richiesti (0,18 € / formato pagina A4 o A3 e 1,50 € / **controtipo di imaging medico**) nonché i costi di spedizione per posta raccomandata se l'invio.

Certifichino sul mio onore l'accuratezza e la veridicità delle informazioni sopra completate, in modo che non possano essere messe in discussione da una terza parte o da alcuna autorità competente e in mancanza di ciò impegnerà la responsabilità del firmatario.

Fattoa

Firma