

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

IL RITIRO DI QUANTO RICHIESTO E' PREVISTO IN DATA _____
---

Documento di Identità tipo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 28/12/2000 n° 445, in caso di dichiarazione mendace, e informato delle finalità e delle modalità di trattamento dei dati richiesti ai sensi della normativa vigente.

### **RICHIESTE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SOTTOINDICATA IN QUANTO:**

- Titolare della Documentazione.**
- Unico erede** del defunto titolare della documentazione,
- Coerede** del defunto titolare della documentazione.
- Esercente la potestà genitoriale** sul minore titolare della documentazione.
- Tutore/Curatore** dell'interdetto, inabilitato o minore privo di genitori esercenti la potestà, titolari della documentazione.
- Altro** (da specificare con allegata documentazione conforme alla normativa vigente).

**DOCUMENTAZIONE CLINICA DEL SIG/SIG.RA** \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Data Ricovero \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Data Ricovero \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

#### **Tipo documentazione richiesta:**

- CARTELLA CLINICA     CERTIFICATO DI RICOVERO     REFERTO/CARTELLA PRONTO SOCCORSO

**ESAMI DIAGNOSTICI:**     TAC     RADIOGRAFICI     RMN     ECOGRAFICI     ALTRO \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ il Richiedente \_\_\_\_\_

### **MODALITA' DI RITIRO:**

- Chiedo il ritiro presso lo sportello
- Chiedo l'invio per posta (con spese postali a carico pari a € 7,00). La documentazione dovrà essere inviata al seguente Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

***In caso di delega, al momento del ritiro, dovrà essere esibito un documento valido di identità di chi ritira (delegato), insieme al documento di riconoscimento del delegante.***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

**Delega al ritiro** il Sig. \_\_\_\_\_ sollevando l'Azienda USL Sud Est da qualsiasi responsabilità in merito

Documento di Identità (tipo) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Delegante (firma) \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003**  
*I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'Azienda solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.*

Dichiaro di avere ricevuto copia della Documentazione richiesta

Data.....  
Il Richiedente o suo Delegato (firma)  
.....

# TARIFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

## IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO ALL'ATTO DELLA RICHIESTA

### CARTELLA CLINICA:

- FINO A 15 PAGINE € 11.50
- DA 16 A 100 PAGINE € 16.50
- OLTRE 100 PAGINE € 31.50

La Copia è conforme all'originale, non è prevista la copia non autenticata o la copia di singoli documenti presenti nella Cartella clinica.

All'atto della richiesta di copia conforme dovrà essere corrisposto l'importo di €. 16.50 (tariffa base, eccettuato i pochi casi FINO A 15 PAGINE dove sarà corrisposto l'importo di €. 11.50), l'eventuale differenza per copie superiori alle 100 pagine dovrà essere corrisposta all'atto della consegna.

Se viene richiesto l'invio per posta (Raccomandata semplice) anche il pagamento delle spese postali (€ 7.00) dovrà essere effettuato anticipatamente.

---

Per la CARTELLA CLINICA DI PRONTO SOCCORSO (archiviata in originale e completa di referti ed esami, oppure ristampata in tutte le sue parti compresi gli allegati) si applicano le stesse tariffe e si procede come segue:

- All'atto della richiesta di copia conforme dovrà essere corrisposto l'importo di €. 11.50, l'eventuale differenza per copie superiori alle 10 pagine dovrà essere corrisposta all'atto della consegna.

---

PRODUZIONE DOCUMENTAZIONE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SU SUPPORTO INFORMATICO € 15.00 PER CD ANCHE CONTENENTE ESAMI RELATIVI A PIU' RICOVERI O PRESTAZIONI AMBULATORIALI. NEL CASO DI ESAMI RELATIVI AD UN SINGOLO RICOVERO (O PRESTAZIONE AMBULATORIALE) CHE RICHIEDANO PIU' CD LA TARIFFA RIMANE DI 15 €. CERTIFICAZIONI VARIE, REFERTI, CERTIFICATI DI RICOVERO, RICEVUTE FISCALI DA PRODURRE EX NOVO SU RICHIESTA DELL'UTENTE: €. 1.50 COME DIRITTO DI RICERCA + €. 1.50 A PAGINA + € 5.00 per copia autentica.

Se viene richiesto l'invio per posta, il pagamento delle spese postali (€ 4.50) dovrà essere effettuato anticipatamente.

---

## CONTATTI

OSPEDALE DELLA VALTIBERINA

ARCHIVIO CLINICO

Via Galileo Galilei 101 - 52037 SANSEPOLCRO

Tel. 0575/757644

E mail: [archivioclinicosansepolcro.ar@uslsudest.toscana.it](mailto:archivioclinicosansepolcro.ar@uslsudest.toscana.it)

Pec: [austoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:austoscanasudest@postacert.toscana.it)

## MODALITA' DI PAGAMENTO

PRESSO GLI SPORTELLI CUP tramite pagamento elettronico con bancomat o carta di credito

BONIFICO BANCARIO intestato a AZIENDA USL TOSCANA SUD EST IBAN: IT 11 Y 01030 14217 000000622383

BIC: PASCITM1J25

N.B. : Nel caso di mancato ritiro entro 60 giorni dalla richiesta, si provvederà alla sua distruzione senza alcun rimborso nei confronti dell'utente che non ha provveduto al ritiro della documentazione richiesta.