

IL RITIRO DI QUANTO RICHIESTO E' PREVISTO
IN DATA _____

Io Sottoscritto/a _____

Documento di Identità tipo _____ n° _____ rilasciato il _____

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.

RICHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SOTTOINDICATA IN QUANTO:

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

DOCUMENTAZIONE CLINICA DI _____ nato/a il _____

Ricovero n° _____ Rep. _____ ; Ricovero n° _____ Rep. _____ ;

Ricovero n° _____ Rep. _____ ; Ricovero n° _____ Rep. _____ ;

Tipo documentazione richiesta:

CARTELLA CLINICA CERTIFICATO DI RICOVERO REFERTO MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

ESAMI DIAGNOSTICI: TAC RADIOGRAFICI RMN ECOGRAFICI

ALTRO: _____

il Richiedente _____

Al momento del ritiro dovrà essere esibito un documento valido di chi ritira e, in caso di delega, anche un 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 _____

_____, li _____

Il Delegante

Dichiaro di avere ricevuto copia della Documentazione richiesta.

_____, li _____

Il Richiedente o suo Delegato

Chiedo che la documentazione sia inviata al seguente indirizzo: _____

TARIFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO ALL'ATTO DELLA RICHIESTA, ANCHE MEDIANTE BOLLETTINO POSTALE O BONIFICO BANCARIO.

- 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 per cui 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 15 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 più ricoveri o prestazioni ambulatoriali. Nel caso di esami relativi ad un singolo ricovero (o prestazione ambulatoriale) che richiedano più CD la tariffa rimane di € 15.00.

CERTIFICAZIONI VARIE, REFERTI, CERTIFICATI DI RICOVERO, RICEVUTE FISCALI da produrre ex novo su richiesta dell'utente: € 1.50 per diritto di ricerca + €. 1.50 a pagina + €.5,00 per copia autentica.

CONTATTI

Archivio Cartelle Cliniche Ospedale San Giovanni di Dio Orbetello, via lungolago dei Pescatori, snc – 58015 Orbetello

- tel. 0564/869218 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9:00 alle 12:00
- fax: 0564/869126
- e-mail: bruna.limardi@uslsudest.toscana.it, cesare.golia@uslsudest.toscana.it
- pec: zonacollinealbegnausl9@postacert.toscana.it

MODALITA' DI PAGAMENTO

Conto Corrente Postale: 12768586 , intestato a "Azienda Usl Toscana Sud Est – Gr zona Colline dell'Albegna parte sanitaria – servizio tesoreria

IBAN: IT 08 X 01030 14217 000000617903

SWIFT : PASCITM1J25