

IL RITIRO DI QUANTO RICHIESTO E' PREVISTO
IN DATA _____

Io Sottoscritto/a _____ Tel. _____,

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 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 **BMN** 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 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 con ricevuta di ritorno) 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.

CONTATTI

PRESIDIO OSPEDALIERO "Val D'Elsa" - Loc. Campostaggia – 53036 POGGIBONSI

Segreteria Direzione di Presidio Tel. 0577/994902 – 994712

E- mail: direzione.campostaggia@uslsudest.toscana.it

MODALITA' DI PAGAMENTO

IBAN: IT 42C 01030 14217 000000622569 - AZIENDA USL TOSCANA SUD EST – CAUSALE: COPIA CARTELLA CLINICA