

Io Sottoscritto/a _____ Tel. _____,

Documento di Identità (tipo) _____ n° _____ rilasciato il _____

N.B.: Alle richieste inviate a mezzo posta, PEC, email, l'interessato dovrà allegare copia del documento di identità valido.

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 RMN ECOGRAFICI ALTRO _____

Data _____ Il Richiedente _____

MODALITA' DI RITIRO:

- Chiedo il ritiro presso lo sportello di _____
- Chiedo l'invio per posta (con spese postali a carico). 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 AL MOMENTO DELLA RICHIESTA O COMUNQUE PRIMA DEL RITIRO

- 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.

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.

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.

SPESE POSTALI PER INVIO DOCUMENTAZIONE Se viene richiesto l'invio per posta (Raccomandata semplice) €. 7.00 per cartella clinica e € 4.50 per CD. Il pagamento dovrà essere effettuato anticipatamente

CONTATTI

"OSPEDALI RIUNITI DELLA VALDICHIANA SENESE" Loc. Nottola Via Provinciale 5 – 53045 Montepulciano - SI

Tel. 0578/713556 – 3202- 3637 - 3316 da lun. a ven. dalle ore 10,00 alle ore 12,00

e-mail: cartellecliniche.nottola@uslsudest.toscana.it

PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

MODALITA' DI PAGAMENTO

- Sportello CUP: tramite bancomat

- IBAN: IT 08X 0103014217 000000617903 intestato a Azienda USL Toscana Sud Est

Causale: richiesta copia doc. sanitaria

- SWIFT: PASCITM1J25

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