

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

Ufficio Cartelle Cliniche P.O. Castel del Piano , Viale Dante Alighieri, 9 – 58033 - Castel del Piano.

- tel. **0564 914514** Martedì e Giovedì 11:30 – 12:30
- fax **0564/914514**
- e-mail : [fiorenza.rosini@uslsudest.toscana.it](mailto:fiorenza.rosini@uslsudest.toscana.it)
- pec: [ausltoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:ausltoscanasudest@postacert.toscana.it)

## MODALITA' DI PAGAMENTO

Conto Corrente Postale: **12786588**, intestato a "Azienda Usl Toscana Sud Est – Zona Amiata Grossetana – parte sanitaria – servizio tesoreria

causale : copia cartella clinica .

**IBAN: IT 08 X 01030 14217 000000617903**

**SWIFT : PASCITM1J25**