

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 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 ACCESSO AGLI ATTI

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 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.

RIFERIMENTI

OSPEDALE DEL CASENTINO – BIBBIENA (Ar) - Archivio Cartelle Cliniche

Via F. Turati,55 Bibbiena (Ar)

Tel. 0575/568656 Fax 0575/568745

E mail: segreteriaospedalecasentino@uslsudest.toscana.it

Pec: austoscanasudest@postacert.toscana.it

Conto Corrente Postale: 10223527 intestato a AZIENDA USL TOSCANA SUD EST CASENTINO

IBAN: IT 11 Y 01030 14217 000000622383 - BIC: PASCITM1J25 intestato a AZIENDA USL TOSCANA SUD EST CASENTINO