

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.

RICHIESTE 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 dimissione _____

Data Ricovero _____ Reparto _____ Data dimissione _____

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). 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.

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.

SPESE POSTALI PER INVIO DOCUMENTAZIONE se viene richiesto l'invio per posta con raccomandata anche il pagamento delle spese postali dovrà essere effettuato anticipatamente.

CONTATTI

Archivio Cartelle Cliniche – III° piano - OSPEDALE DEL VALDARNO "S. Maria alla Gruccia"

P.zza del Volontariato, 2 – 52025 Montevarchi (AR)

Tel. 055/9106528 – Fax 055/9106530

e-mail: cartellecliniche.valdarno@uslsudest.toscana.it - pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

ORARIO APERTURA SPORTELLO

Dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00 – il martedì e il giovedì dalle ore 15:00 alle ore 17:00

MODALITA' DI PAGAMENTO

Conto Corrente Postale: 14169528 intestato a Azienda USL Toscana Sud Est – Arezzo Attività Sanitarie S.T.

IBAN: IT 11Y 01030 14217 000000622383 intestato a Azienda USL Toscana Sud Est - Arezzo

BIC: PASCITM1J25

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