

Presidi territoriali Valdichiana Senese - Nottola Montepulciano

Io/La Sottoscritto/a _____ Tel. _____
Documento di Identità tipo _____ N. _____ rilasciato il
_____ da _____

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/SANITARIA DEL SIG./SIG.RA _____ nato/a il

Data Ricovero /prestazione _____ Reparto _____ data dimissione _____ n° cartella

Data Ricovero/prestazione _____ Reparto _____ data dimissione _____ n° cartella

Specialistica/Reparto dove è stata effettuata la prestazione/ricovero:

☐ **HOSPICE** ☐ **OSPEDALE DI COMUNITA'** ☐ **CURE PRIMARIE** ☐ **SERD** ☐ **U.F.SMIA** ☐ **SMA** ☐ **(ALTRO)**.....

☐ **CONSULTORIO** ☐ **COT**

Tipologia richiesta:

A. COPIA SEMPLICE:

☐ **CARTELLA CLINICA/AMBULATORIALE** - ☐ **CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO** - (ai sensi della Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26/10/2023 e ex ART.15, par. 3 REG. UE 2016/679 GDPR) – **COPIA SEMPLICE NON AUTENTICATA**, richiesta dati personali per verificare se le informazioni contenute nella documentazione richiesta sono esatte, complete e comprensibili –

GRATUITO IL RILASCIO SOLO PER LA PRIMA COPIA

B. COPIA AUTENTICA:

☐ **CARTELLA CLINICA /AMBULATORIALE** - ☐ **CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO - AUTENTICATA** per una finalità differente che non rientra nella precedente (ad esempio: finalità assicurativa, contenzioso, finalità di Medicina Legale, ecc.)

☐ **CERTIFICATO DI RICOVERO** ☐ **ESAMI DIAGNOSTICI:** ☐ **TAC** ☐ **RADIOGRAFIE** ☐ **RMN** ☐ **ECOGRAFIE**

☐ **ALTRO** _____

Data _____ Richiedente _____

MODALITA' DI RITIRO (per entrambe le tipologie di richiesta):

- ☐ Chiedo il ritiro presso lo Sportello *
☐ Chiedo l'invio per mail al seguente indirizzo: _____ n. Tel. del richiedente per invio password:

☐ Chiedo l'invio per **PEC** al seguente indirizzo: _____

☐ Chiedo il ritiro presso lo sportello: (da specificare per le varie

Strutture _____

☐ Chiedo l'invio per posta raccomandata A/R (con spese postali a carico del richiedente).

La documentazione dovrà essere inviata al seguente Indirizzo: Richiedente _____, 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 _____ da _____

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)
.....

TARiffe APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- **Non è previsto alcun pagamento per il rilascio della prima copia della cartella clinica/ambulatoriale se richiesta ai sensi della Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26/10/2023 e ex ART.15 par.3 - REG.UE 2016/679 GDPR;**

- **Per ulteriori copie e per la richiesta di cartella autenticata è previsto il pagamento anticipato di un ticket secondo le seguenti tariffe:**

- **CARTELLA CLINICA/AMBULATORIALE:**

- FINO A 15 PAGINE Eu. 10,00+ Eu.1,50 per diritto di ricerca

- DA 16 A 100 PAGINE Eu. 15,00+ Eu.1,50 per diritto di ricerca

- OLTRE 100 PAGINE Eu. 30,00+ Eu.1,50 per diritto di ricerca

Alle tariffe suddette si aggiungono Eu.5,00 per rilascio copia autenticata.

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.

DOCUMENTAZIONE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI su supporto informatico Eu. 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 Eu. 15,00.

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.

REFERTI/CERTIFICAZIONI VARIE, RICEVUTE FISCALI da produrre ex novo su richiesta dell'utente: Eu. 1.50 per diritto di ricerca + Eu. 1.50 a pagina + **Eu 5.00 per copia autentica.**

SPESE POSTALI PER INVIO DOCUMENTAZIONE

se viene richiesto l'invio per posta Raccomandata con A/R Eu.7,00 per cartella clinica e Eu. 4.50 per CD

CONTATTI

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

Tel. 0578/713556 – 0578/713202 – 0578/713637 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

- Presso l'Ufficio Cartelle Cliniche/Presidio Territoriale /CUP
- Presso i Totem situati nelle varie strutture sanitarie (anche Ingresso principale Ospedale San Donato)
- Tramite circuito pagoPA

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