

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 SANITARIA 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 \_\_\_\_\_

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). La documentazione dovrà essere inviata al seguente Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

*Al momento del ritiro, dovrà essere esibito un documento valido di identità. In caso di delega, dovrà essere esibito il documento di identità di chi ritira (delegato) e il 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 \_\_\_\_\_

Chiedo che la documentazione sia inviata al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

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.

Se viene richiesto l'invio per posta (Raccomandata semplice) anche il pagamento delle spese postali (€ 7,00) dovrà essere effettuato anticipatamente

---

**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.

---

**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.

Se viene richiesto l'invio per posta il pagamento delle spese postali (€4,50) dovrà essere effettuato anticipatamente.

## **CONTATTI**

**OSPEDALE SAN DONATO – AREZZO – Archivio Cartelle Cliniche**

Via P. Nenni,20 – 52100 Arezzo

Tel. 0575/255656 – Fax 0575/255644

e-mail: [archivosandonato@uslsudest.toscana.it](mailto:archivosandonato@uslsudest.toscana.it)

PEC: [ausltoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:ausltoscanasudest@postacert.toscana.it)

### **ORARIO DI APERTURA FRONT OFFICE ARCHIVIO**

*dal lunedì al venerdì, dalle ore 09,00 alle ore 12,30;*

*il martedì e il giovedì anche dalle ore 14,00 alle ore 16,30*

### **MODALITA' DI PAGAMENTO:**

- a) presso gli Sportelli CUP (solo se in possesso della prenotazione);
- b) mediante Bonifico Bancario: **IBAN:** IT11Y0103014217000000622383 - **BIC:** PASCITM1J25
- c) mediante Bollettino Postale (in via residuale): Conto Corrente Postale: 18276402 AZIENDA USL SUD EST AREZZO

---

N.B.: nel caso di mancato ritiro entro 60 giorni dalla richiesta, si provvederà alla sua distruzione senza alcun rimborso nei confronti