

Il/La sottoscritto/a _____ documento d'identità: _____
n° _____ rilasciato il _____ da _____
telefono _____ mail _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendace, e informato delle finalità e delle modalità di trattamento dei dati richiesti ai sensi della normativa vigente.

RICHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE 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
- Altro** (specificare allegando documentazione conforme alla normativa vigente)

DOCUMENTAZIONE DI _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ e residente in _____ via/piazza _____

Tipo documentazione richiesta: _____

Specialistica / ambulatorio _____

Data prestazione / apertura cartella _____

luogo e data

Firma del richiedente

MODALITÀ DI RITIRO

- Chiedo il ritiro presso gli uffici** (su appuntamento durante il regolare orario di apertura)
- Chiedo l'invio per posta** (con spese postali a carico pari a Euro 7,00). La documentazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo: Via/Piazza _____
Cap _____ Comune _____ Prov. _____
- Chiedo l'invio per posta elettronica certificata** (indicare pec): _____

In caso di delega, occorre esibire un documento valido di identità di chi ritira (delegato), insieme al documento di riconoscimento del delegante.

Il sottoscritto/a _____ delega al ritiro il/la sig./sig.ra _____
sollevando l'Azienda USI Toscana Sud Est da qualsiasi responsabilità in merito.

Documento di Identità (tipo) _____ n° _____ rilasciato da _____

_____ il _____

Firma (il Delegante) _____

rimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

DICHIARO DI AVERE RICEVUTO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Data Il Richiedente o suo Delegato _____

TARIFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO ALL'ATTO DELLA RICHIESTA

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 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.

PRODUZIONE DOCUMENTAZIONE 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 RICHIEDONO PIU' CD LA TARIFFA RIMANE €15,00.

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.

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

CONTATTI

ZONA DISTRETTO VALTIBERINA

Via Santi di Tito, 24 - 52037 Sansepolcro (Arezzo)

Tel. 0575 757776

PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

PRESSO GLI SPORTELLI CUP tramite pagamento elettronico con bancomat o carta di credito

BONIFICO BANCARIO intestato a: AZIENDA TOSCANA SUD EST
IBAN IT 11 Y 01030 14217 000000622383
BIC: PASCITM1J25

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.