

U.F. CURE PRIMARIE – ZONA SENESE

Poliambulatorio Specialistico Via Pian d'Ovile, 9-11 cap. 53100 Siena
e-mail: direzionezonasenese@uslsudest.toscana.it

Io sottoscritto/a _____ tel. _____

Documento di identità tipo (da allegare in copia a questa istanza) _____

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

RICHIEDO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SOTTO INDICATA 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 _____ nata il _____

Tipo di documentazione richiesta _____

Specialistica _____

Giorno della visita _____

Data e luogo _____

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. _____

U.F. CURE PRIMARIE – ZONA SENESE

Poliambulatorio Specialistico Via Pian d'Ovile, 9-11 cap. 53100 Siena
e-mail: direzionezonasenese@uslsudest.toscana.it

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

DELEGA

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

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

Il Delegante _____

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 _____

TARIFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(Delibera Direttore Generale n. n.221 del 14/02/2019)

- Diritti ricerca atti euro euro1,50
- Riproduzione documentazione cartacea euro 0,50 (per ogni pagina (A4)
- Riproduzione documentazione su supporto informatico (CD Rom) euro 15
- Riproduzione esami TC- RM - RX- ANGIOGRAFIA euro 15
- Cartella clinica (copia cartacea) euro 10,00 sino a 15 pagine; euro 15,00 > 15 pagine sino a 100 pagine; euro 30,00 oltre 100 pagine
- Cartella clinica su supporto informatico (CD Rom) euro 15
- Certificazioni varie (referti, esami eseguiti) euro 1 ,50 per foglio
- Fotocopia di certificato di invalidità civile/Verballi Commissioni mediche euro 2,50
- Copia autenticata 5,00