

.Ospedale del Valdarno "S. Maria alla Gruccia"

<p>Io Sottoscritto/a _____</p> <p>Documento di Identità tipo _____ n° _____ rilasciato il _____</p> <p>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.</p>	<p>IL RITIRO DI QUANTO RICHIESTO E' PREVISTO IN DATA _____</p> <p>RICHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SOTTOINDICATA IN QUANTO:</p> <p>[] Titolare della Documentazione.</p> <p>[] Unico erede del defunto titolare della documentazione,</p> <p>[] Coerede del defunto titolare della documentazione.</p> <p>[] Esercente la potestà genitoriale sul minore titolare della documentazione.</p> <p>[] Tutore/Curatore dell' interdetto, inabilitato o minore privo di genitori esercenti la potestà, titolari della documentazione.</p> <p>[] Altro (da specificare con allegata documentazione conforme alla normativa vigente).</p> <p>DOCUMENTAZIONE CLINICA DEL SIG/SIG.RA _____ nato/a il _____</p> <p>Data Ricovero _____ Reparto _____ data dimissione _____ n° cartella _____</p> <p>Data Ricovero _____ Reparto _____ data dimissione _____ n° cartella _____</p> <p>Tipo documentazione richiesta:</p> <p><input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA <input type="checkbox"/> CERTIFICATO DI RICOVERO <input type="checkbox"/> REFERITO/CARTELLA PRONTO SOCCORSO</p> <p>ESAMI DIAGNOSTICI: <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RADIOGRAFICI <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> ECOGRAFICI <input type="checkbox"/> ALTRO _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">MODALITA' DI RITIRO:</p> <p>[] Chiedo l'invio per mail al seguente indirizzo _____</p> <p>[] Chiedo il ritiro presso lo sportello</p> <p>[] Chiedo l'invio per posta (con spese postali a carico). La documentazione dovrà essere inviata al seguente Indirizzo: Via _____ Città _____ Cap. _____ Nazionalità _____</p> <p>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.</p> <p>Il sottoscritto _____</p> <p>Delega al ritiro il Sig. _____ sollevando l'Azienda USL Sud Est da qualsiasi responsabilità in merito</p> <p>Documento di Identità (tipo) _____ n° _____ rilasciato il _____</p> <p>Data _____ Il Delegante (firma) _____</p> <p>INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003 <i>I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'Azienda solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.</i></p> <p>Dichiaro di avere ricevuto copia della Documentazione richiesta</p> <p>Data..... Il Richiedente o suo Delegato (firma)</p> <p>.....</p>
---	---

TARIFFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA 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 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 + € 5.00 per copia autentica.

SPESE POSTALI PER INVIO DOCUMENTAZIONE se viene richiesto l'invio per posta (Raccomandata semplice) € 7.00 per cartella clinica e € 4.50 per CD

CONTATTI

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

P.zza del Volontariato, 2 – 52025 Montevarchi (AR) Tel. 055/9106528

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

MODALITA' DI PAGAMENTO

-BANCOMAT ALLO SPORTELLO

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

-SWIFT (B/C) CODE: 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.