

IL RITIRO DI QUANTO RICHIESTO E' PREVISTO  
IN DATA \_\_\_\_\_

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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.

**RICHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SOTTOINDICATA IN QUANTO:**

- ☐ **Titolare della Documentazione.**
- ☐ **Unico erede** del Titolare della Documentazione, defunto
- ☐ **Coerede** del Titolare della Documentazione, defunto.
- ☐ **Esercente la potestà genitoriale** sul Titolare, minore.
- ☐ **Tutore/Curatore** del Titolare della Documentazione interdetto, inabilitato o minore privo di genitori esercenti la potestà.
- ☐ **Altro** da specificare con allegata documentazione conforme alla normativa vigente.

**DOCUMENTAZIONE CLINICA DI** \_\_\_\_\_ **nato/a il** \_\_\_\_\_

Ricovero n° \_\_\_\_\_ Rep. \_\_\_\_\_ ; Ricovero n° \_\_\_\_\_ Rep. \_\_\_\_\_ ;

Ricovero n° \_\_\_\_\_ Rep. \_\_\_\_\_ ; Ricovero n° \_\_\_\_\_ Rep. \_\_\_\_\_ ;

**Tipo documentazione richiesta:**

☐ CARTELLA CLINICA ☐ CERTIFICATO DI RICOVERO ☐ REFERTO MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

**ESAMI DIAGNOSTICI:** ☐ TAC ☐ RADIOGRAFICI ☐ RMN ☐ ECOGRAFICI

☐ ALTRO: \_\_\_\_\_

il Richiedente \_\_\_\_\_

*Al momento del ritiro dovrà essere esibito un documento valido di chi ritira e, in caso di delega, anche un 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il Delegante

Dichiaro di avere ricevuto copia della Documentazione richiesta.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il Richiedente o suo Delegato

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

## TARIFFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO ALL'ATTO DELLA RICHIESTA, ANCHE MEDIANTE BOLLETTINO POSTALE O BONIFICO BANCARIO.

### - 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.

Se viene richiesto l'invio per posta (Raccomandata semplice) anche il pagamento delle spese postali (€. 7.00) dovrà essere effettuato anticipatamente.

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.

## CONTATTI

Archivio Cartelle Cliniche Ospedale Petruccioli Pitigliano, via Nicola Ciacci 340- 58017 - Pitigliano

- tel. 0564/618223 – 0564/618267 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9:00 alle 12:00
- fax: 0564/618252
- e-mail: [antonella.colombini@uslsudest.toscana.it](mailto:antonella.colombini@uslsudest.toscana.it); [giulio.mastacchini@uslsudest.toscana.it](mailto:giulio.mastacchini@uslsudest.toscana.it)
- pec: [zonacollinealbegnausl9@postacert.toscana.it](mailto:zonacollinealbegnausl9@postacert.toscana.it)

## MODALITA' DI PAGAMENTO

- Presso gli sportelli Cup
- presso gli sportelli e gli ATM del Monte dei Paschi di Siena
- presso i Totem situati nelle varie strutture sanitarie
- tramite circuito pagoPA