Zona Distretto Valdichiana Aretina

Il/La Sottoscritto/a _____ Tel_____
Documento di Identità tipo _____N. _____ rilasciato il _____ da_____

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 SANITARIA 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/SANITARIA DEL SIG./SIG.RA
_____

Data ricovero/prestazione _____ Reparto _____ data dimissione _____

Data ricovero /prestazione _____ Reparto _____ data dimissione _____

Specialistica/Reparto dove è stata effettuata la prestazione/ricovero**:**

□ **HOSPICE** □ **OSPEDALE DI COMUNITA'** □ **CURE PRIMARIE** □ **U.F. SERD** □ **U.F. SMIA** □ **U.F.SMA** □ **CONSULTORIO** □ **COT** □ (**ALTRO)……**

TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA :

A. COPIA SEMPLICE:

□ **CARTELLA CLINICA/AMBULATORIALE - (ai sensi della Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26/10/2023 e ex ART.15, par. 3 REG. UE 2016/679 GDPR)** – **COPIA SEMPLICE NON AUTENTICATA**, richiesta dati personali per verificare se le informazioni contenute nella documentazione richiesta sono esatte,complete e comprensibili

– **GRATUITO IL RILASCIO SOLO PER LA PRIMA COPIA**

B. COPIA AUTENTICA:

□ **CARTELLA CLINICA/AMBULATORIALE - AUTENTICATA** per una finalità differente che non rientra nella precedente (ad esempio: finalità assicurativa, contenzioso, finalità di Medicina Legale, ecc.)

☐ **CERTIFICATO DI RICOVERO** □ **ESAMI DIAGNOSTICI:** □ **TAC** □ **RADIOGRAFIE** □ **RMN** □ **ECOGRAFIE** □ **ALTRO** _____

Data_____ **Richiedente**_____

MODALITA' DI RITIRO (per entrambe le tipologie di richiesta):

[ ] Chiedo l'invio per mail con file protetto da password al seguente indirizzo:_____ a tal fine comunico il n. di cellulare su cui ricevere la password necessaria per aprire il file _____
[ ] acconsento [ ] non acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sanitari, relativamente a questa modalità digitale di consegna
[ ] Chiedo l'invio per **PEC personale** al seguente indirizzo:_____
[ ] acconsento [ ] non acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sanitari, relativamente a questa modalità digitale di consegna
[ ] Chiedo il ritiro presso lo sportello: **……..**
[ ] Chiedo l'invio per posta raccomandata A/R (con spese postali a carico del richiedente).
La documentazione dovrà essere inviata al seguente Indirizzo: Richiedente_____, Via _____ Città_____ Cap. _____ Nazionalità _____

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.

*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
_____ da _____

Data _____ *Il Delegante (firma)*

_____

INFORMAZIONI AI SENSI DELL'ART. 13 Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR
I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non saranno in alcun modo diffusi e non saranno comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento. L'Azienda può trasmetterle documentazione che la riguarda contenente dati relativi alla salute all'indirizzo PEC o di posta elettronica ordinaria da lei specificato ; in tal caso la trasmissione avviene previo suo consenso e nel rispetto delle seguenti cautele:

a) la documentazione viene spedita in forma di allegato al messaggio e non come testo compreso nel corpo del messaggio;
b) se inviata mediante posta elettronica ordinaria, la documentazione è protetta con una password per l'apertura del file, che le viene comunicata separatamente.

In qualunque momento, inviando una richiesta al titolare o al Responsabile Protezione Dati dell'Azienda, i cui dati di contatto sono di seguito riportati, lei può far valere i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del GDPR. Ricorrendone i presupposti, lei ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.
Titolare del trattamento dei dati e` l'Azienda Usl Toscana sud est, con sede legale in via Calamandrei, 173, 52100, PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it
Responsabile per la protezione dei dati personali, tel.0575 254156, e-mail: privacy@uslsudest.toscana.it
L'informativa generale sul trattamento dei dati è rinvenibile e consultabile, in versione aggiornata, nel sito web istituzionale www.uslsudest.toscana.it alla sezione www.uslsudest.toscana.it/privacy/privacy-in-azienda/documentazione-aziendale-rpd

Dichiaro di avere ricevuto copia della Documentazione richiesta

Data……. Il Richiedente o suo Delegato

(firma)

……..

TARIFFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

CARTELLA CLINICA /CARTELLA AMBULATORIALE

Non è previsto alcun pagamento per il rilascio della prima copia della documentazione sanitaria (CARTELLA CLINICA/CARTELLA AMBULATORIALE) se richiesta ai sensi della Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26/10/2023 e ex ART.15 par.3 - REG.UE 2016/679 GDPR;

- Per ulteriori copie e per la richiesta di documentazione autenticata è previsto il pagamento anticipato di un ticket secondo le seguenti tariffe: :

- FINO A 15 PAGINE € 10.00 + € 1.50 per diritto di ricerca

- DA 16 A 100 PAGINE € 15,00 + € 1.50 per diritto di ricerca

- OLTRE 100 PAGINE € 30,00 + € 1.50 per diritto di ricerca

Alle tariffe suddette si aggiungono € 5 per rilascio di copia autenticata

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.

DOCUMENTAZIONE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI su supporto informatico € 15.00 per CD anche contenente esami relativi a più prestazioni ambulatoriali. Nel caso di esami relativi ad una singola prestazione ambulatoriale che richiedano più CD la tariffa rimane di € 15.00

REFERTI/CERTIFICAZIONI VARIE, 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 con A/R € 7.00 per cartella clinica e € 4.50 per CD

CONTATTI

DIREZIONE ZONA DISTRETTO VALDICHIANA ARETINA

Via Capitini n. 6 - 52042 Camucia (Cortona) - Tel. 0575- 639922

Orari di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì ore 8:30 - 12:30

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

MODALITA' DI PAGAMENTO

- Presso CUP

- Presso gli sportelli e gli ATM del Monte dei Paschi di Siena

- Presso i Totem situati nelle varie strutture sanitarie

- Tramite circuito pagoPA

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