

Presidi Territoriali Zona “Val D’Elsa”

Io sottoscritto/a _____
documento di identità n° _____ rilasciato il _____
tel. _____ e-mail _____

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 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 _____

nato/a il _____ codice fiscale _____

data prestazione /apertura cartella _____ U. F. SMIA ☐ SMA ☐ SER.D. ☐

data prestazione/apertura cartella _____ ambulatorio _____

ASSISTENZA DOMICILIARE sede _____

tipo di prestazione richiesta:

- ☐ CARTELLA CLINICA
- ☐ REFERTO/CARTELLA AMBULATORIALE

Data _____ Il Richiedente _____

MODALITA’ DI RITIRO:

- ☐ Chiedo il ritiro presso la Segreteria di Zona – Via Salceto, 99 Poggibonsi – dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 12
- ☐ 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 _____ 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/Sig.ra _____ sollevando l'Azienda USL Sud Est da
qualsiasi responsabilità in merito
Documento di Identità (delegato) n° _____ rilasciato il _____

Data _____ Il Delegante(firma) _____

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 stato rilasciato.

Dichiaro di aver ricevuto copia della Documentazione richiesta

Data _____ Il Richiedente o suo Delegato (firma) _____

TARIFFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

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

CARTELLA CLINICA E AMBULATORIALE

- 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 autentica o la copia di singoli documenti presenti nella cartella clinica.

All'atto della richiesta di copia conforme dovrà essere corrisposto l'importo di € 11,50; l'eventuale differenza per copie superiori alle 16 pagine dovrà essere corrisposta all'atto della consegna.

Se viene richiesto l'invio per posta (raccomandata con ricevuta di ritorno) anche il pagamento delle spese postali (€ 7.00) dovrà essere effettuato anticipatamente.

MODALITA' DI PAGAMENTO

IBAN: IT 42C 01030 14217 000000622569 - AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

CAUSALE: COPIA CARTELLA CLINICA (indicando l'intestatario della cartella)

La documentazione deve essere ritirata entro 60gg. dalla richiesta, pena la distruzione della stessa, senza alcun diritto al rimborso del corrispettivo pagato

CONTATTI

Segreteria Direzione Zona Elsa

Azienda USL Toscana Sud Est

Via Salceto, 99 (53036) Poggibonsi – 4° piano tel 0577/994056 o 994070

mail segreteria.zonaelsa@uslsudest.toscana.it