Ospedale della Valtiberina - Sansepolcro

Io/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 CLINICA SOTTOINDICATA 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 _____

Data Ricovero _____ Reparto _____ data dimissione _____ n° cartella _____

Data Ricovero _____ Reparto _____ data dimissione _____ n° cartella _____

Tipologia richiesta

A. COPIA SEMPLICE:

□ **CARTELLA CLINICA - □ CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO** - **(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 - □ CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO - 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** 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 nel regolare orario di apertura al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 13:00.
Oppure con appuntamento da concordare: giorno_____ ora_____
[ ] 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. _____ Nazione _____

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 _____

Il Delegante (firma)

_____

Data _____

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

- <u>Non è previsto alcun pagamento per il rilascio della prima copia della cartella clinica 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;</u>

- **<u>Per ulteriori copie e per la richiesta di cartella autenticata è previsto il pagamento anticipato di un ticket secondo le seguenti tariffe</u>:**

- CARTELLA CLINICA:

- FINO A 15 PAGINE € 11.50
- DA 16 A 100 PAGINE € 16.50
- OLTRE 100 PAGINE € 31.50

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 con A/R € 7.00 per cartella clinica e € 4.50 per CD

CONTATTI

Archivio Cartelle Cliniche Stabilimento Ospedaliero della Valtiberina

Indirizzo: Viale Amintore Fanfani, 101 – 52037 Sansepolcro (Ar)

Telefono 0575/757644

Orario apertura al pubblico : dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 13:00

e-mail: archivioclinicosansepolcro.ar@uslsudest.toscana.it

Pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

MODALITA' DI PAGAMENTO

- **Presso Ufficio Cartelle Cliniche/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