

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**RICHIESTA COPIA  
CARTELLA CLINICA  
ED ALTRA  
DOCUMENTAZIONE  
SANITARIA**

**in qualità di**

TITOLARE, MAGGIORENNE, della documentazione sanitaria richiesta

**ovvero DICHIARA DI ESSERE** (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

- esercente la patria potestà genitoriale  
 tutore o curatore o amministratore di sostegno  erede legittimo o testamentario  
 soggetto delegato dal titolare della documentazione sanitaria **in quanto l'intestatario è temporaneamente impedito a presentare la presente richiesta. Allo scopo si allega giustificativo della sua temporanea indisponibilità (esempio: certificato medico se l'impedimento è connesso allo stato di salute o ad inabilità, attestazione del datore di lavoro se l'impedimento è dovuto a cause di lavoro etc..)**

avvocato o procuratore del titolare della documentazione sanitaria munito di procura

Il soggetto intestatario della documentazione richiesta è il Sig./Sig.ra o minorenni:

nominativo \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE il rilascio in copia della seguente documentazione sanitaria:**

- cartella clinica /c. sanitaria serv. territoriali  referti di PS con OBI / cart. amb. day service / PAC  
 verbali di PS / duplicati referti /estratti doc. sanitaria  
 RX / CD / altro non cartaceo (CD per esame \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
 altro \_\_\_\_\_

**relativa alla degenza:**

presso la struttura \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso la struttura \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso la struttura \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Tale richiesta è finalizzata ad uso:**  assicurativo  medico  pensionistico  legale

**CHIEDE che la suddetta documentazione sanitaria sia inviata:**

- alla propria residenza/domicilio sopra indicato  
mediante spedizione in contrassegno con sovraccarico di spese postali  
 al seguente indirizzo di posta elettronica certificata  
(PEC) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che la documentazione sanitaria richiesta sarà ritirata personalmente in qualità di titolare  
 che la documentazione sanitaria richiesta sarà ritirata dalla persona identificata nel modulo di delega limitatamente ai soggetti indicati nella prima pagina comunque autorizzati a presentare domanda al posto del titolare  
 di corrispondere la tariffa prevista per il rilascio della documentazione all'atto della presente richiesta;



Ospedale  
S. Giovanni di Dio

Ufficio Cartelle Cliniche

Via Torregalli 3  
50143 Firenze

Tel. 055/6932495  
Fax 055/6932248

Orario  
10.30 - 13.30  
dal lunedì al venerdì

E-mail:  
cartellecliniche.sgd  
@uslcentro.toscana.it

## PRENDE VISIONE ED ACCETTA

- i costi per il rilascio della documentazione sanitaria e dichiara di accettare le relative condizioni economiche che sono le seguenti:

Tariffa		
A	Cartelle Cliniche (ricoveri ordinari e Day Hospital) Cartelle Sanitarie dei Servizi Territoriali (Sert, Neuropsichiatria, Servizi Sociali,..)	€ 15
B	Verbali di Pronto Soccorso con permanenza in osservazione/ degenza breve, Cartelle Ambulatoriali Day Service e PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi)	€ 10
C	Verbali di Pronto Soccorso, duplicati referti ambulatoriali, estratti di documentazione sanitaria	€ 5
D	Riproduzione materiale iconografico (Rx, CD e altro materiale iconografico)	€ 8

- che il pagamento deve essere effettuato al momento della richiesta (Per le richieste tramite mail /fax / pec è indispensabile indicare un recapito telefonico al quale essere ricontattati per la gestione del pagamento)
- che il termine di consegna è di norma 30 giorni a decorrere dal pagamento della tariffa, salvo tempi ulteriori dovuti alla particolare complessità della documentazione sanitaria richiesta

### Il pagamento può essere effettuato tramite

- **Punti di riscossione automatica con Tessera Sanitaria Elettronica o inserendo il Codice Fiscale**
- **Sportelli BANCOPAT del Gruppo Intesa San Paolo**
- **On-line dal sito [www.uslcentro.toscana.it](http://www.uslcentro.toscana.it) con carta di credito**
- **Versamento sul c/c postale n° 22570501 intestato Azienda USL Toscana Centro. Causale: diritti Cartelle Cliniche Ospedale San Giovanni di Dio**
- **Presso le Filiali CR Firenze**
- **bonifico a Banca Intesa Sanpaolo SPA – IBAN IT 18 A030 69028871 0000 0046 034 causale: copia documentazione sanitaria / sede (es: SMN). Per versamenti dall'estero: Swift code BCI TITMM**

inviando la ricevuta di pagamento tramite fax / e-mail (fax 055 6932248 Ospedale S. Giovanni di Dio – Sportello cartelle cliniche); [cartellecliniche.sgd@uslcentro.toscana.it](mailto:cartellecliniche.sgd@uslcentro.toscana.it); [ospedalesgd.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:ospedalesgd.uslcentro@postacert.toscana.it)

### DICHIARA, infine, di essere consapevole

- delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000
- che, in caso di mancato ritiro entro 30 giorni della documentazione richiesta e disponibile presso gli sportelli dell'ufficio cartelle cliniche, Azienda USL Toscana centro potrà attivare la procedura per il recupero spese e sanzioni.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il richiedente (firma) \_\_\_\_\_

### DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA (allegare copia documento di identità del delegante)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

#### DELEGA

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

identificato mediante il seguente documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

al ritiro della documentazione sanitaria richiesta con il presente modulo

Firma \_\_\_\_\_

### NOTA

La presente richiesta di documentazione sanitaria può essere inviata, allegando fotocopia di valido documento di identità del richiedente, anche tramite fax, e-mail o e-mail PEC a:

Azienda UsI Toscana centro - Ospedale San Giovanni di Dio - Ufficio Cartelle Cliniche

Tel. 055/6932495 Fax 055/6932248 E-mail: [cartellecliniche.sgd@uslcentro.toscana.it](mailto:cartellecliniche.sgd@uslcentro.toscana.it)

E-mail PEC: [ospedalesgd.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:ospedalesgd.uslcentro@postacert.toscana.it)