

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ prov _____
via/p.zza _____ n° _____
cellulare _____ mail (PEC) _____

**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
Serristori

Ufficio Cartelle Cliniche

50063 Figline Valdarno
Piazza XXV Aprile, 10

Tel.
055/9508346 - 632
Fax
055/9508619

Orario
7.30 - 19.30
dal lunedì al venerdì

e-mail:
cartellecliniche.serristori
@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 BANCOMAT del Gruppo Intesa San Paolo**
- **On-line dal sito www.uslcentro.toscana.it con carta di credito**

oppure con

- Versamento sul **c/c postale n° 22570501** intestato Azienda USL Toscana Centro. Causale: diritti cartelle cliniche Ospedale Serristori
- 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 9508619 Ospedale Serristori – Ufficio cartelle cliniche); cartellecliniche.serristori@uslcentro.toscana.it; ospedalesma-serr.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° _____

cellulare _____ Email(PEC) _____

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 USL Toscana centro - Ospedale Serristori - Figline Valdarno - Ufficio Cartelle Cliniche

Tel. 055 9508346 Fax 055 9508619 E-mail: cartellecliniche.serristori@uslcentro.toscana.it

E-mail PEC: ospedalesma-serr.uslcentro@postacert.toscana.it