

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

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;

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



Ospedale
Piero Palagi

Ufficio Cartelle Cliniche

50141 Firenze
V.le Michelangelo, 41

Tel.
055 6937344
Fax
055 6937341

Orario
8.00 - 12.00
dal lunedì al venerdì

e-mail:
cartellecliniche.palagi
@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 Piero Palagi
- 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 6937341 Ospedale Piero Palagi – Ufficio cartelle cliniche); cartellecliniche.palagi@uslcentro.toscana.it; ospedalepalagi.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 Piero Palagi - Ufficio Cartelle Cliniche

Tel. 055 6937344 Fax 055 6937341 E-mail: cartellecliniche.palagi@uslcentro.toscana.it

E-mail PEC: ospedalepalagi.uslcentro@postacert.toscana.it