

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  
Borgo San Lorenzo

Ufficio Cartelle Cliniche

50032 Borgo San Lorenzo  
Viale della Resistenza

Tel. 0558451364  
Fax: 0558451384

Orario  
9.00 - 12.30  
dal lunedì al sabato

e-mail:  
cartellecliniche.mugello  
@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](http://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 Borgo San Lorenzo
- 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 8451384 Ospedale Borgo San Lorenzo - Ufficio cartelle cliniche); [cartellecliniche.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:cartellecliniche.mugello@uslcentro.toscana.it); [ospedalebsl.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:ospedalebsl.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 Borgo San Lorenzo - Ufficio Cartelle Cliniche

Tel. 055 8451385 Fax 055 8451384 e-mail: [cartellecliniche.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:cartellecliniche.mugello@uslcentro.toscana.it)

e-mail PEC: [ospedalebsl.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:ospedalebsl.uslcentro@postacert.toscana.it)