

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

residente in _____ prov. _____

via/p.zza _____ n. _____ cap _____

cellulare _____ e-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 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.



UFFICIO
CARTELLE CLINICHE

Ospedale
S. Giovanni di Dio

Ufficio Cartelle cliniche

Via Torregalli 3
50143 Firenze

Tel. 055/6932495
Fax 055/6932248

Orario
07.30 - 10.30
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
- On-line dal sito www.uslcentro.toscana.it con carta di credito

oppure con:

- presso le filiali di BANCO BPM (previa presentazione avviso PAGO PA)
- bonifico a BANCO BPM S.p.A. – IBAN IT04 S 05034 02801 000 000 00 9615 - Causale: COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA/sede (es: SGD). Per versamenti dall'estero: Swift code BAPP IT 21N25

inviando la ricevuta di pagamento tramite fax/e-mail:

- fax 055 6932248 - Ospedale San Giovanni di Dio - Ufficio Cartelle cliniche
- cartellecliniche.sgd@uslcentro.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 _____ E-mail (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 San Giovanni di Dio - Ufficio Cartelle cliniche

Tel. 055 6932495 Fax 055 6932248

E-mail cartellecliniche.sgd@uslcentro.toscana.it E-mail PEC ospedalesgd.uslcentro@postacert.toscana.it