

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. Maria Nuova

50122 Firenze  
P.zza S. Maria Nuova, 1

Tel./fax  
055 693 8808 - 8201

Orario 8.00 - 13.00  
dal lunedì al venerdì

E-mail  
cartellecliniche.smn  
@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](http://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: SMN). Per versamenti dall'estero: Swift code BAPP IT 21N25

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

- fax 0556938201 - Ospedale Santa Maria Nuova - Ufficio Cartelle cliniche
- [cartellecliniche.smn@uslcentro.toscana.it](mailto:cartellecliniche.smn@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 Santa Maria Nuova - Ufficio Cartelle cliniche

Tel. 055 693 8808 Fax 055 693 8201

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