

Allegato 1:

**Modulo di richiesta documentazione sanitaria con annessa eventuale delega per il ritiro della documentazione**

PDF scrivibile

**RICHIEDENTE**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

**Intestatario della documentazione** *(Compilare solo se persona diversa dal richiedente)*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione / di atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000 e consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 caso di dichiarazioni non veritiere.

**DICHIARO DI ESSERE**

- ☐ Diretto interessato e Titolare della documentazione *(allegare documento d'identità)*
- ☐ Delegato dall'intestatario *(presentare delega e copia dei documenti del delegante e delegato)*
- ☐ Genitore di minore esercente la responsabilità genitoriale *(allegare documento d'identità)*
- ☐ Tutore/Amministratore di sostegno/Curatore *(allegare documento d'identità e provvedimento di nomina con giuramento di accettazione)*
- ☐ Erede legittimo o testamentario *(allegare documento d'identità/testamento)*
- ☐ Minore emancipato *(allegare documento d'identità e idoneo provvedimento)*
- ☐ Legale rappresentante *(presentare mandato/procura da integrare con delega per l'eventuale ritiro/consegna)*
- ☐ Altro *(specificare)* \_\_\_\_\_

### MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

---



---



---



---

#### CHIEDE

Il rilascio di copia:

☐ semplice

☐ autentica

- ☐ cartella clinica
- ☐ verbale Pronto Soccorso
- ☐ cartella ambulatoriale
- ☐ osservazione breve
- ☐ estratto di documentazione sanitaria
- ☐ cartella ambulatoriale / Day service/ PAC
- ☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Sede	Reparto o Servizio/Ambulatorio	Dal	Al	n. pratica (per ricoveri ordinari)
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	

- ☐ riproduzione materiale iconografico
- ☐ su CD

della

- ☐ TAC
- ☐ RM
- ☐ RX
- ☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

esame effettuato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

presso presidio \_\_\_\_\_

- ☐ in regime di ricovero
- ☐ in regime ambulatoriale

### CHIEDE DI RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE

(selezionare un'unica modalità)

- ☐ presso lo sportello amministrativo di \_\_\_\_\_
- ☐ a domicilio con pagamento in contrassegno delle spese di spedizione all'indirizzo di residenza o domicilio \_\_\_\_\_
- ☐ al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) o mail.  
In caso di invio via mail il file contenente la documentazione verrà inviato in formato .zip protetto da password, la quale verrà trasmessa in altra comunicazione \_\_\_\_\_

### PRENDE VISIONE E ACCETTA

**1)** Che il pagamento della tariffa per il rilascio della documentazione sanitaria deve essere effettuato al momento della richiesta applicando le seguenti tariffe aziendali per copia:

Cartelle Cliniche ( <i>ordinarie e day hospital</i> ) e cartelle sanitarie servizi territoriali	<b>15.00 €</b>
Verbale di Pronto Soccorso con permanenza in Osservazione/degenza Breve/ Cartelle Ambulatoriali/ Day Service	<b>10.00 €</b>
Riproduzione materiale iconografico ( <i>CD e altro materiale iconografico</i> )	<b>8.00 €</b>
Verbale Pronto Soccorso/duplicati referti/estratti documentazione sanitaria	<b>5.00 €</b>

**Il pagamento deve essere effettuato attraverso i canali collegati al circuito Pago PA:**

- presso totem riscuotitori Pago SI presenti nei presidi territoriali o ospedalieri (utilizzando l'avviso di pagamento con codice IUV acquisito presso l'ufficio dedicato o tramite email dalla casella di posta elettronica dedicata alle richieste di cartelle cliniche) senza costi aggiuntivi.
- presso tutti gli esercenti che espongono il logo PAGO PA (utilizzando l'avviso AGID rilasciato come sopra) con la commissione prevista dal gestore.
- on line sulla piattaforma regionale <https://iris.rete.toscana.it> o tramite APP SmartSST inserendo codice IUV o codice avviso AGID (rilasciati come sopra) senza costi aggiuntivi.

**2)** Che, se richiesto l'invio tramite posta ordinaria o elettronica dei documenti, l'Azienda sanitaria è esonerata da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza alla stessa non imputabile.

**3)** Di prendere visione dell'informativa ai sensi degli artt.13 e 14 del Reg. UE 2016/679 disponibile al seguente indirizzo <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda> e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali forniti nel presente modulo, autorizzando l'Azienda USL Toscana Centro all'utilizzo dei dati sulla base della modalità di consegna selezionata.

Luogo, \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN CASO DI DELEGA PER IL RITIRO**

(allegare copia di documento di identità del delegante del delegato)

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via P.za \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Via P.za \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Luogo, \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Attestazione avvenuta consegna**

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del Richiedente o del Delegato**

\_\_\_\_\_