

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. 445/2000caso 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 (ordinarie e day hospital) e cartelle sanitarie servizi territoriali	15.00 €
Verbale di Pronto Soccorso con permanenza in Osservazione/degenza Breve/ Cartelle Ambulatoriali/ Day Service	10.00 €
Riproduzione materiale iconografico (CD e altro materiale iconografico)	8.00 €
Verbale Pronto Soccorso/duplicati referti/estratti documentazione sanitaria	5.00 €

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.zza _____

n° _____ Telefono _____

DELEGA

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

il ____ / ____ / _____

Via P.zza _____

n° _____ Telefono _____

Luogo, _____

Firma del Richiedente

Data ____ / ____ / _____

Attestazione avvenuta consegna

il ____ / ____ / _____

Firma del Richiedente o del Delegato
