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 _____ pec_____

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

(non necessaria se la richiesta viene presentata ex art.15 GDPR)

_____

_____

_____

_____

CHIEDE

- la visura

- Il rilascio di copia ai sensi: ☐ art. 15 GDPR/2016 ☐ Legge n. 241/1990 ☐ Copia semplice ☐ Copia autentica

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

Il rilascio della prima copia semplice della documentazione è gratuito (art.15 GDPR 2016)

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)

☐ allo sportello amministrativo del Presidio presso il quale è stata erogata la prestazione sanitaria

☐ mediante mezzi elettronici (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

☐ a domicilio con pagamento in contrassegno delle spese di spedizione all'indirizzo di residenza o domicilio _____

PRENDE VISIONE E ACCETTA

1) Che il pagamento della tariffa, in caso di richieste successive alla prima o di copia autentica (cui va aggiunto il bollo), 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.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 _____