



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per sé  
 oppure (se il titolare della cartella è diverso dal richiedente occorre delega o autocertificazioni che legittimi la richiesta) per il seguente utente:

cognome e nome \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA	<b>completa in unica soluzione entro 30 giorni</b>	
<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA	<b>quanto disponibile, per e-mail o ritiro allo sportello, entro 7 giorni<sup>1</sup></b>	<b>documentazione integrativa entro 30 giorni</b>
<input type="checkbox"/> Immagini radiografiche su CD	<b>entro 7 giorni se disponibile, ritiro allo sportello</b>	
<b>RELATIVA ALLA DEGENZA PRESSO:</b>		
Reparto _____	dal _____	al _____
Reparto _____	dal _____	al _____
Reparto _____	dal _____	al _____
Reparto _____	dal _____	al _____
<input type="checkbox"/> IN COPIA SEMPLICE <input type="checkbox"/> IN COPIA CONFORME in tal caso è possibile solo la consegna in 30 giorni		
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<b>entro 7 giorni se registrato su applicativo digitale altrimenti entro 30 giorni</b>	

**MOTIVI DI URGENZA** specificare quali \_\_\_\_\_

**Modalità di ritiro della documentazione**

- ritiro effettuato dal paziente, o dal delegato di questi o da soggetto legittimato, presso il Centro Servizi al Pad. 1 - NIC  
 **al domicilio del paziente**, SPEDITA IN CONTRASSEGNO, gravata delle spese POSTALI  
 per e-mail, al seguente indirizzo \_\_\_\_\_ **solo se la richiesta è presentata dallo stesso paziente: altrimenti questi deve indicarlo specificamente nella delega;**

**Allega:**

- attestato di versamento dell'**acconto** dovuto (i costi di riproduzione sono pubblicati sul retro del presente modulo)  
 in caso di richiesta per altri: **delega** o **autocertificazione** (vedi modulo) e fotocopia del documento d'identità anche del paziente delegante

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente (*leggibile*) \_\_\_\_\_

<b>SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI</b>		
doc. riconoscimento del richiedente:		
Nr. _____	data di rilascio _____	autorità di rilascio _____
La suddetta richiesta è pervenuta il _____ L'ADDETTO firma _____		

*<sup>1</sup> per e-mail è possibile soltanto per documenti in origine in formato digitale*



### COSTI DI RIPRODUZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DOCUMENTAZIONE	COSTO UNITARIO €/euro	Q.TÀ n.	TOTALE
Copia di una cartella clinica (fino a 25 pagine)	8		
Copia di una cartella clinica (fino a 50 pagine)	12		
Copia di una cartella clinica (fino a 80 pagine)	16		
Copia di una cartella clinica (fino a 150 pagine)	25		
Copia di una cartella clinica (oltre le 150 pagine)	30		
Diritti di Conformità (per ciascuna cartella, da pagarsi all'atto della richiesta)	5		
Immagine radiografica, Angiografie/Coronarografie su CD	9		
Riproduzione foto (per ciascuna foto)	3		
Certificato di degenza	GRATUITO		
ACCONTO da pagarsi al momento della richiesta per <b>copia semplice</b> di cartella di ricovero	8		
ACCONTO da pagarsi al momento della richiesta per <b>copia conforme</b> di cartella di ricovero	13		
Spedizione per e-mail (possibile solo per la documentazione creata fin dall'origine in formato digitale)			
Spedizione postale al domicilio	<i>da quantificare</i>		
<b>TOTALE</b>			

Il **saldo** dei costi di riproduzione dovrà essere versato al momento del ritiro della cartella completa o al ricevimento della stessa al domicilio tramite contrassegno. Se interamente ricevuta per e-mail, il saldo dovrà avvenire prima della spedizione per e-mail e l'attestato dovrà essere recapitato per e-mail a **rccc@aou-careggi.toscana.it** oppure per fax al 0557948155

Il **pagamento** può essere effettuato:

- tramite versamento sul conto corrente postale n°22755508 intestato ad A.O.U.C.- Servizio Tesoreria-riportando come causale "richiesta di documentazione sanitaria"
- tramite bonifico bancario dal effettuarsi a favore AOUC su IBAN IT22N0503402801000000009610 Banco BPM S.p.A.
- presso le casse per la riscossione automatica presenti all'interno dell'Azienda stessa, selezionando l'opzione "cartelle cliniche"

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente (leggibile) \_\_\_\_\_