



(stampatello e segnare con una X le voci che interessano)

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	completa in unica soluzione entro 30 giorni	
<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA	solamente disponibile digitalmente, per e-mail o ritiro allo sportello, entro 7 giorni ¹	documentazione integrativa entro 30 giorni
<input type="checkbox"/> Immagini radiografiche su CD	entro 7 giorni se disponibile, ritiro allo sportello	

RELATIVA ALLA DEGENZA PRESSO:

Reparto _____ dal _____ al _____
Reparto _____ dal _____ al _____
Reparto _____ dal _____ al _____
Reparto _____ dal _____ al _____

- IN COPIA SEMPLICE
 IN COPIA CONFORME in tal caso è possibile solo la consegna in 30 giorni

Altro (specificare) **entro 7 giorni se registrato su applicativo digitale altrimenti entro 30 giorni**

- 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) _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

doc. riconoscimento del richiedente:

Nr. _____ data di rilascio _____ autorità di rilascio _____

La suddetta richiesta è pervenuta il _____ L'ADDETTO firma _____

¹ 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 copia semplice di cartella di ricovero	8		
ACCONTO da pagarsi al momento della richiesta per copia conforme 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>		
TOTALE			

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:

- presso le casse per la riscossione automatica presenti all'interno dell'Azienda stessa, selezionando l'opzione "cartelle cliniche"
- tramite bonifico bancario su IBAN IT22N0503402801000000009610 intestato ad AOU CAREGGI indicando la causale "richiesta di documentazione sanitaria"
- tramite versamento sul conto corrente postale n°22755508 intestato ad AOU CAREGGI indicando la causale "richiesta di documentazione sanitaria"

Data _____ Firma del richiedente (leggibile) _____