# Altra documentazione sanitaria (referti, verbali di pronto soccorso, cartelle ambulatoriale o domiciliare): **richiesta di copia**

Io sottoscritto/a

*(nome)* | *(cognome)*

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono *(fisso o cellulare)*

e-mail *(facoltativo)*

## DICHIARO DI ESSERE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

☐ il diretto interessato
☐ il genitore *(con la responsabilità genitoriale)*

del minore *(nome)* | *(cognome)*

nato/a il | a | Prov.

☐ il tutore ☐ il curatore ☐ l'amministratore di sostegno

di *(nome)* | *(cognome)*

nato/a il | a | Prov.

☐ l'erede

di *(nome)* | *(cognome)*

nato/a il | a | deceduto/a il | a

## CHIEDO

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

☐ la copia cartacea del referto della prestazione ambulatoriale *(specificare il tipo di visita o esame)*

eseguita in data nella struttura sanitaria *(specificare il nome e il luogo)*

☐ la copia cartacea del verbale di pronto soccorso rilasciato in data

dall'ospedale di *(specificare il comune)*

☐ la copia cartacea ☐ la copia in formato digitale

di *(specificare la documentazione richiesta, ad esempio: cartella clinica ambulatoriale o domiciliare ecc.)*

## PER QUESTA FINALITÀ

*barrare UNA casella*

☐ ai sensi dell'art.15 Regolamento (UE) 2016/679 per verificare l'esattezza, la completezza e l'intelligibilità delle informazioni contenute nella documentazione richiesta, come stabilito dalla sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea 307/22

☐ per una finalità differente che non rientra nella precedente (ad esempio: finalità assicurativa, richiesta di secondo parere, consulto medico, ecc.)

## SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

☐ ritirare la copia cartacea di persona negli uffici dell'AUSL

☐ fare ritirare la copia cartacea a una persona delegata

☐ ricevere la copia cartacea per posta, con spese postali a mio carico, all'indirizzo *(specificare solo se diverso da quello già indicato)*

Via

Comune CAP Prov.

☐ ricevere la copia digitale, che l'Ausl invierà da posta elettronica certificata (PEC), a questo indirizzo

☐ di posta elettronica certificata – PEC (*specificare*)

☐ di posta elettronica ordinaria *(specificare)* , consapevole che solo tra indirizzi PEC è garantita la certezza di consegna del messaggio

## ACCETTO DI

- pagare in anticipo, se dovuto, il costo della copia della documentazione, in base alle tariffe aziendali
- pagare quanto dovuto per la spedizione della copia a domicilio, se non l'avrò ritirata entro 90 giorni dalla mia richiesta (pagamento in contrassegno postale per mancato ritiro)

## ALLEGO

- la copia di un documento di identità in corso di validità

## SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma *(per esteso e leggibile)*

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

**Come chiedere la copia della documentazione sanitaria**
Può presentare la sua richiesta in diversi modi:
- di persona
- per posta elettronica
- per fax
- per posta ordinaria.

**Tariffe**

- ***Tariffe per la documentazione sanitaria***
  La prima copia richiesta, in qualsiasi formato, ai sensi dell'art.15 Regolamento (UE) 2016/679 è gratuita.

  In tutti gli altri casi, si applicano le tariffe indicate di seguito.

  La copia del referto di una prestazione ambulatoriale e la copia del verbale di pronto soccorso vengono fornite solo in cartaceo e hanno ognuna un costo di 3 euro.

  La copia della cartella ambulatoriale e domiciliare in formato cartaceo ha un costo che si basa sul numero dei fogli:
  - 15 euro fino a 50 fogli
  - 25 euro da 51 a 150 fogli
  - 35 euro oltre i 150 fogli.

  La copia in formato digitale ha un costo di 10 euro.

- ***Tariffe per le spese di spedizione della documentazione sanitaria in formato cartaceo***
  Le spese per la spedizione tramite raccomandata A/R sono proporzionate in base al peso:
  10 euro per buste fino a 2 kg; 20 euro per buste di peso superiore.

**Dove e come pagare**
Per effettuare il pagamento nei casi previsti, segua le indicazioni riportate sul foglio che le verrà fornito dall'operatore al momento della presentazione della richiesta oppure inviato per posta elettronica. Dopo il pagamento, deve presentare la ricevuta/scontrino (di 3 euro per la copia del referto di prestazione ambulatoriale o del verbale di pronto soccorso; 15 euro come tariffa base per ogni copia cartacea della cartella clinica ambulatoriale o domiciliare; 10 euro per la copia in digitale della cartella clinica ambulatoriale o domiciliare) con la stessa modalità con cui ha presentato la richiesta e saldare l'eventuale differenza al momento del ritiro. Insieme al foglio di pagamento, conservi la ricevuta/scontrino che può essere usata a fini fiscali ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di legge vigenti.