



*Gentile Utente,*

*sono riportate di seguito alcune brevi informazioni per aiutarLa nella richiesta della Documentazione Sanitaria (Cartella Clinica).*

### **RICHIESTA**

*Per effettuare la richiesta di copia della cartella clinica è necessario:*

- 1) compilare il modulo sul retro**
- 2) allegare al modulo la copia del documento d'identità del genitore o del tutore legale firmatario della richiesta**
- 3) allegare al modulo la copia dell'attestazione dell'avvenuto pagamento**

*Si precisa che il modulo di richiesta può essere compilato dopo la dimissione e:*

- consegnato all'Ufficio Economato il Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 12:00 oppure inviato tramite:
- posta tradizionale : (Viale del Tirreno n.331, 56128 Calambrone, PI)
- e-mail, scrivendo all'indirizzo: ([richiestacartelle@fsm.unipi.it](mailto:richiestacartelle@fsm.unipi.it))

### **MODALITÀ DI PAGAMENTO**

- Bancomat o Carta di Credito direttamente presso Ufficio Economato
- Conto Corrente Postale n. 12001566 intestato a "Fondazione Stella Maris"
- Bonifico Bancario intestato a "Fondazione Stella Maris", Credit Agricole Cariparma, IBAN: IT 48 M 06230 14002 00004 32102 27

***Ricordarsi sempre di inserire la causale: "Richiesta copia della cartella clinica"***

### **COSTI**

*Si ricorda che le tariffe vengono applicate in relazione alla singola richiesta, pertanto per ogni singolo ricovero e per ogni singola copia l'importo dovuto è:*

- **8,00 € per copia semplice non autenticata**
- **15,00 € per copia autenticata**

***N.B.*** *Nel caso in cui il fascicolo clinico superi le 80 pagine è prevista un'integrazione equivalente al raddoppio della cifra prevista.*

***In caso di spedizione tramite posta tradizionale si deve aggiungere la somma di € 10 che ovviamente non è dovuta per spedizioni tramite e-mail.***

### **INVIO PER POSTA ELETTRONICA**

***Nel caso in cui sia effettuato l'invio per Posta Elettronica non è necessario il pagamento per le spese di spedizione. Attraverso la posta elettronica attualmente non è possibile inviare le cartelle autenticate***

### **RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA**

*Il ritiro può avvenire direttamente in sede dopo aver preso diretto contatto con l'operatore del Servizio Archivio Centralizzato, da parte del genitore o tutore legale, presentando un documento di identità.*

*In caso di persona diversa dal richiedente occorre presentare anche la delega ed il documento di identità del delegante.*

**Per contatto con il personale addetto al SArc telefonare:  
dal LUNEDÌ al VENERDÌ dalle h.9.00 alle h.10.30 al n. telefonico 050-886209**

**RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
CARTELLA CLINICA**

Il/La sottoscritto/a Sig./ra ..... Cell. ....

in qualità di:  **Esercente la Responsabilità Genitoriale**  Padre  Madre  
 **Tutore legale (è necessario allegare copia del Provvedimento di Tutela)**

richiede la copia della documentazione sanitaria del paziente:

Cognome ..... Nome .....

nato il ..... a .....

ricovero dal ..... al ..... n° copie ..... autenticata si  no

ricovero dal ..... al ..... n° copie ..... autenticata si  no

ricovero dal ..... al ..... n° copie ..... autenticata si  no

**SPEDIZIONE CARTELLA CLINICA posta tradizionale**

Da inviare a: .....

Via/Piazza .....

cap ..... Città ..... Prov. ....

Calambrone, il ..... Firma del Richiedente(\*) .....

**SPEDIZIONE CARTELLA CLINICA posta elettronica NON AUTENTICATA**

Da inviare a: ..... @ .....

Calambrone, il ..... Firma del Richiedente(\*) .....

**RITIRO CARTELLA CLINICA in sede**

presso il Servizio Archivio Centralizzato previo contatto con il personale addetto

Ritira il Sig./ra  Delegato

Cognome ..... Nome .....

Documento di identità .....

Firma del Ritirante (\*) .....

**(\*) Dichiarazione in conformità alle disposizioni di Legge vigenti in materia di autocertificazione.**

**A Cura del Servizio Archivio**

**Spedita /Ritirata il** ..... n. fascicolo .....