

**Richiesta di documentazione sanitaria**

Il/la sottoscritto/a(1) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

 in qualità di firmatario della domanda di ricovero in qualità di erede, nel caso di decesso dell'ospite avvenuto in data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in qualità di delegato dell'ospite ricoverato**CHIEDE IL RILASCIO DI**

Copia conforme della cartella sanitaria dell'ospite \_\_\_\_\_ N° Cartella \_\_\_\_\_

Per le seguenti finalità: \_\_\_\_\_

Si ricorda che eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia conforme della cartella sanitaria e dell'eventuale scheda di dimissione da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è documentata dalla giustificata necessità di:

- Far valere o difendere in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26 comma 4 lettera c, di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile
- Di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la suddetta documentazione sanitaria sarà disponibile entro sette giorni dalla data di presentazione della richiesta con eventuali integrazioni entro ulteriori trenta giorni, e inoltre DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere e di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Il richiedente si impegna a ritirare il documento entro 30 giorni da quanto è pronto per la consegna, dopo tale data la copia prodotta verrà distrutta e dovrà essere attivata una nuova procedura di richiesta.

**CHIEDE INOLTRE che il ritiro della documentazione avvenga** Da parte dell'intestatario della domanda del ricovero Da parte delegato dell'ospite ricoverato (in questo caso occorre sempre la delega) Venga spedita al seguente indirizzo: Via \_\_\_\_\_ . N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia ( \_\_\_\_\_ )

**Allegati:** **Fotocopia del documento del richiedente** (indispensabile, nel rispetto della normativa sulla privacy, ai fini della consegna di documenti contenenti dati riservati e sensibili) **Fotocopia del documento del delegato** (indispensabile, nel rispetto della normativa sulla privacy, ai fini della consegna di documenti contenenti dati riservati e sensibili) **Delega firmata in originale dell'intestatario della documentazione****Autocertificazione:**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze dichiara che quanto sopra riportato corrisponde a verità e di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini dell'adempimento della presente richiesta.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

il richiedente Firma per esteso \_\_\_\_\_

(1) Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della Posta Raccomandata anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es.: familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc..).

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy, è indispensabile, al momento del ritiro, esibire un documento di riconoscimento

INFORMATIVA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI FORNITI AI FINI DELLA RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE PRODOTTA PRESSO IL TITOLARE IN OCCASIONE DEL RICOVERO DI (nome e cognome paziente)

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Gentile utente,

L'Azienda, Titolare dei dati personali, Le rilascia le informazioni relative al trattamento dei Suoi dati con riferimento all'attività che complessivamente può essere esercitata all'interno della stessa Azienda in quanto correlate alla procedura di rilascio della copia della cartella clinica o di altra documentazione prodotta presso il titolare in occasione del ricovero di (nome e cognome paziente)

<b>Identità e dati di contatto del Titolare del Trattamento</b>	<b>GERESS S.r.l.</b> <b>Sede legale: Via Portuense n. 746 – 00148 Roma</b> <b>Sede operativa: Via Maremmana Inferiore n. 102 – 00019 Villa Adriana di Tivoli (RM)</b>	
<b>Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati</b>	rpd.sage@grupposage.it	
<b>Diritti dell'interessato</b>	<p><b>I Suoi diritti in relazione ai Suoi dati personali sono quelli di cui al Capo III del Regolamento Europeo 679/2016:</b></p> <p>“Trasparenza e modalità”: art. 12 (obbligo del Titolare di adottare misure appropriate per fornirLe tutte le informazioni che Lei intenderà richiedere sui Suoi dati);</p> <p>“Informazione e accesso ai dati personali”: artt. 13 e 14 (informazioni che il Titolare del trattamento deve fornirLe e che Le sono comunicate tramite il presente documento), art. 15 (diritto di accesso ai dati che La riguardano);</p> <p>“Retifica e cancellazione”: artt. 16 (diritto di rettifica dei dati personali inesatti che La riguardano), 17 (diritto di cancellazione di dati personali che La riguardano e che non siano essenziali per gli scopi delle prestazioni sanitarie rese), 18 (diritto che i Suoi dati siano trattati solo per gli scopi strettamente connessi ai servizi sanitari erogati), 19 (comunicazioni in caso di rettifica di dati inesatti), 20 (Portabilità dei dati: Suo diritto di richiedere e ricevere i dati raccolti dal Titolare del trattamento per fornirli ad altro soggetto – es.: medico curante, altra struttura sanitaria, assicurazione, ecc.);</p> <p>“Diritto di opposizione e processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche”: artt. 21 (Suo diritto di opporsi a eventuale richiesta che i Suoi dati possano essere trattati per scopi non strettamente necessari in riferimento ai servizi sanitari a Lei erogati), 22 (Suo diritto che i Suoi dati non siano utilizzati per trattamenti automatizzati utili per avere informazioni non strettamente necessarie in riferimento ai servizi sanitari a Lei erogati);</p> <p>“Limitazioni”: art. 23 (eventuali limitazioni dei Suoi diritti – es.: impossibilità ad opporsi a trattamenti che il Titolare del trattamento deve compiere per adempiere a obblighi di legge).</p>	
<b>Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo</b>	Per far valere i Suoi diritti Lei potrà rivolgersi in qualsiasi momento: rpd.sage@grupposage.it All'Autorità Garante per la protezione dei dati personali utilizzando l'apposito modello in carta libera reperibile sul sito <a href="http://www.garanteprivacy.it">www.garanteprivacy.it</a>	
<b>Categorie di interessati</b>	I dati personali trattati dal Titolare del trattamento in occasione della richiesta di copia riguardano il soggetto che effettua la richiesta.	
<b>Dati oggetto del trattamento</b>	I dati personali che Lei fornisce sono necessari per il perseguimento delle seguenti finalità:	Base giuridica del trattamento e possibili conseguenze della mancata comunicazione di tali dati.
Saranno oggetto del trattamento i “dati personali” che ci verranno comunicati da Lei in occasione della richiesta di copia della cartella clinica Sua o del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale;  1. <b>Dati comuni identificativi</b> (ad esempio, dati anagrafici, luogo e data di nascita; codice fiscale; documento di riconoscimento);  2. <b>dati di contatto</b>	a) Motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione, di quello Nazionale o Regionale (ad esempio attività amministrative e certificatorie correlate a quelle di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale, attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria e della qualità del servizio offerto;  b) Per far valere o difendere un diritto anche da parte di un terzo in sede giudiziaria, nonché in sede amministrativa o nelle procedure di arbitrato e conciliazione nei casi previsti dalle leggi. Qualora i dati siano di natura sensibile il diritto da far valere o difendere dovrà essere di pari rango a quello dell'interessato ovvero deve consistere in un diritto o libertà	Il trattamento dei Suoi dati raccolti dal Titolare per le finalità definite a) e b) avviene in base al suo consenso scritto, in quanto persona “interessata”. Il Consenso è necessario all'erogazione del servizio richiesto ed in mancanza sarà impossibile rilasciare la copia richiesta.

(indirizzo, telefono, mail);	personale ed inviolabile.
<b>Modalità del trattamento dei dati</b>	I dati personali in questione saranno trattati: su supporto informatico e su supporto cartaceo (i dati su supporto informatico sono residenti su "server aziendali" e su "piattaforme cloud" messe a disposizione da fornitori qualificati dal Titolare del trattamento). da soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti; con l'impiego di misure atte a garantire la sicurezza dei dati stessi e ad evitarne l'accesso da parte di persone non autorizzate
<b>Periodo di conservazione dei dati personali</b>	I Suoi dati saranno conservati per i tempi necessari ad adempiere agli obblighi di legge, su supporto informatico e su supporto cartaceo (i dati su supporto informatico sono residenti su "server aziendali" e su "piattaforme cloud" messe a disposizione da fornitori qualificati dal Titolare del trattamento).
<b>Eventuali destinatari o le eventuali categorie di destinatari dei dati personali</b>	I dati oggetto di trattamento, per ragioni connesse alla gestione dei servizi sanitari erogati, verranno comunicati agli organi e agli uffici del Titolare e potrebbero essere comunicati a oggetti esterni che svolgono specifici incarichi professionali per conto del Titolare del trattamento.  Qualora necessario e su richiesta, i Suoi dati personali potranno essere comunicati a Pubbliche amministrazioni (Questure) per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalle disposizioni legislative.  L'elenco dei Responsabili del trattamento è consultabile, su richiesta, presso la sede del titolare.

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

- Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la sua responsabilità (art. 46 e 47 DPR 18.12.2000 n. 445);
- Ricevuta l'informazione, pubblicata anche sul sito <http://www.collecesarano.it> e consapevole che

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte
3. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi al Titolare del trattamento o al RPD

Dichiara di aver compreso le informazioni fornite e presta liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Azienda titolare del trattamento.

ACCONSENTO CHE I MIEI DATI PERSONALI SIANO TRATTATI AL FINE DI EFFETTUARE LA PROCEDURA DI RILASCIO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE PRODOTTA PRESSO IL TITOLARE IN OCCASIONE DEL RICOVERO DI (nome e cognome paziente) \_\_\_\_\_

**SI**  **NO**

2) PRESA VISIONE DELLE INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Dichiario di aver ricevuto e preso visione delle informazioni

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma estesa e leggibile \_\_\_\_\_

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo ente salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età.

In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia).

**Spazio riservato all'ufficio**

**CARTELLA SANITARIA N.** \_\_\_\_\_

**DATA RITIRO** Firma per ricevuta \_\_\_\_\_