

Richiesta di documentazione sanitaria

Il/la sottoscritto/a(1)

Nato/a a _____

il _____

Documento di riconoscimento n. _____

rilasciato da _____

- in qualità di diretto interessato (allegare copia del documento di identità del firmatario)
- in qualità di persona delegata dal diretto interessato (allegare copia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante)
- in qualità di legale rappresentante dell'interessato: tutore – curatore- amministratore di sostegno (allegare copia del documento di identità del firmatario e copia del documento attestante i poteri di firma)

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:

- a) 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
- b) 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)

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 _____

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.

La Geress s.r.l ha nominato un Responsabile per la Protezione dei Dati Personali, i cui dati sono consultabili nel sito www.collecesarano.it, reperibile al seguente recapito dpo@korian.it La Geress tratta i Suoi dati personali, raccolti direttamente in modalità cartacea e elettronica (servers, database in cloud, software applicativi etc.) e conservano le Sue informazioni personali solo per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono state raccolte, ovvero per i tempi previsti da specifiche normative. In ogni momento ha il diritto di ottenere dal Titolare, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento). Inoltre ha il diritto di revocare il consenso eventualmente prestato in ogni momento e di rivolgersi alle competenti Autorità per tutelare i propri diritti. Per esercitare i Suoi diritti, potrà inviare una email ai seguenti indirizzi fornendoci le informazioni necessarie ad identificarLa segreteria@collecesarano.com - privacy@korian.it.

Il Titolare, raccoglie i seguenti dati:

- dati identificativi e di contatto (ad esempio nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo, numeri di telefono, indirizzo e-mail, numero di iscrizione al S.S.N.);
- dati assicurativi, contabili, fiscali (necessari per la fatturazione e la gestione contabile della posizione amministrativa) e previdenziali (relativi alla presenza ad esempio di attribuzioni di pensioni di invalidità o similari).

Il Titolare tratta i Suoi dati personali per le seguenti finalità:

- gestire l'anagrafica dell'interessato (Base giuridica: esecuzione di prestazioni contrattuali e pre contrattuali);
- adempiere agli obblighi derivanti da leggi di fonte primaria e secondaria, anche di derivazione europea o da disposizioni delle Autorità (Base giuridica: esecuzione di obblighi normativi);
- adempiere agli obblighi di natura contabile e fiscale eventualmente connessi e conseguenti all'esecuzione della prestazione richiesta (Base giuridica: esecuzione di obblighi normativi);
- comunicare, a mezzo posta, email o telefono, le offerte relative ai beni e ai servizi resi (la base giuridica è il consenso dell'interessato);
- inviare la newsletter informativa anche al fine di aggiornare l'interessato in merito alle iniziative ed agli eventi promossi e/o sponsorizzati (la base giuridica è il consenso dell'interessato);
- svolgere attività di profilazione per effettuare azioni di marketing comportamentale (la base giuridica è il consenso dell'interessato);

Non comunichiamo le Sue informazioni personali ad altre terze parti senza la Sua autorizzazione, a meno che non ricorrano circostanze particolari, ovvero quando la Sua salute o quella di qualcun altro sia in pericolo o quando sia richiesto dalla legge o da un'Autorità:

- nel caso in cui sia necessario per motivi di sicurezza ed igiene nazionale;
- in relazione ad una richiesta proveniente dalle Autorità pubbliche.
- alle Assicurazioni o a qualsiasi altro soggetto o Ente preposto o funzionale alla tutela di un diritto o di un interesse della Geress.

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

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

Dichiaro 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 E FIRMA PER RICEVUTA _____