

Allegato C.1

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ANAGRAFICA DEL TITOLARE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

Cognome/Nome _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ via _____
Tel. _____ Cell. _____
Casella mail _____
Carta di Identità n° _____

Richiesta di copia di:

- ☐ Cartella Clinica relativa al ricovero dal _____ al _____ presso il reparto di _____ del Presidio Ospedaliero di _____
- ☐ Verbale di Pronto Soccorso registrato in data _____ presso il Presidio Ospedaliero di _____
- ☐ Altra Documentazione Sanitaria (specificare la tipologia del documento richiesto)

In ordine alla **richiesta** e al **ritiro** della documentazione suddetta si dichiara che:

- ☐ si richiede personalmente la documentazione (anagrafica già compilata nel box sopra).
- ☐ si delega la richiesta della documentazione (compilare la scheda anagrafica nel box sotto e allegare le fotocopie del documento di identità sia del titolare della documentazione sia del delegato); N.B.: in caso di eredi, compilare anche l'Atto Notorio.
- ☐ si ritira personalmente la documentazione (anagrafica già compilata nel box sopra).
- ☐ si delega al ritiro della documentazione (compilare la scheda anagrafica nel box sotto e allegare le fotocopie del documento di identità sia del titolare della documentazione sia del delegato); N.B.: in caso di eredi, compilare anche l'Atto Notorio.
- ☐ richiede la spedizione in contrassegno con spese a carico del richiedente al seguente indirizzo _____
- ☐ richiede la documentazione in formato digitale (solo se previsto, con costo supplementare comprensivo anche del supporto USB)

Il sottoscritto, in qualità di titolare della documentazione sanitaria, delega

☐ ALLA RICHIESTA

☐ AL RITIRO:

il Sig./ Sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

tel _____ Carta di Identità n° _____

Firma del titolare della documentazione richiesta: _____

Informativa privacy

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 GDPR 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata. Il trattamento è lecito in quanto è necessario per adempiere ad un obbligo legale. I dati raccolti non saranno comunicati a soggetti esterni all'Azienda. Non è previsto un trattamento fuori dall'UE. La raccolta dei dati personali avviene presso l'interessato e il conferimento è obbligatorio. Il periodo di conservazione dei dati è determinato dal tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati ottenuti. La cancellazione dei dati contenuti nella presente richiesta segue le norme, i tempi e le disposizioni aziendali riferite al documento richiesto. All'interessato sono riconosciuti diritti di cui agli artt. 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21 del GDPR 2016/679 per quanto applicabili. L'interessato può proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali. Il titolare del trattamento è l'AST FERMO. Il responsabile della protezione dei dati è AST FERMO.

Firma di chi riceve/evade la richiesta _____

Firma di chi ritira la documentazione _____

La somma versata per la copia è pari ad euro _____