



ALLA DIREZIONE MEDICA DEL P.O. DI: Garbagnate Rho Bollate Passirana

Data ____/____/____

Richiesta N° _____

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

Il ____/____/____, telefono _____ Email _____

residente in _____ via/p.zza _____ n° ____ CAP _____

CONSAPEVOLE delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero;

CHIEDE IL RILASCIO DI

- CARTELLA CARTACEA
- CARTELLA VIA WEB (Compilare Informativa Privacy allegata)
- ESAMI RADIOGRAFICI
- CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO
- CERTIFICATO DI _____

Indicare la data	Riservato all'ufficio competente
del _____	N° _____

Relativa a sé stesso/a

Relativa al/alla Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____

Il ____/____/____, residente in _____

IN QUALITA' DI:

(compilare solo se la documentazione si riferisce a persona diversa dal richiedente)

- Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale** (Allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)
- Tutore** (Allegare provvedimento di nomina)
- Amministratore di sostegno** (Allegare provvedimento di nomina)
- Erede** (Allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)
- Coniuge** temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute e dichiara che l'intestatario non dissente / non dissentirebbe dalla presente richiesta. (Allegare documentazione attestante)
- Figlio/a** temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute e dichiara che l'intestatario non dissente / non dissentirebbe dalla presente richiesta. (Allegare documentazione attestante)
- Altro parente** in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute e dichiara che l'intestatario non dissente / non dissentirebbe dalla presente richiesta. (Allegare documentazione attestante)
- Delegato del titolare** (allegare delega, copia documento identità del titolare e del delegato)

Firma per esteso del richiedente _____

Si richiede la SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO all'indirizzo

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

via/piazza _____ n° _____

Firma per esteso _____

Riservato all'ufficio competente

PAGAMENTO EFFETTUATO IL ____/____/____ **BOLLA N°** _____ € _____

SALDO EFFETTUATO IL ____/____/____ **BOLLA N°** _____ € _____

RITIRO AVVENUTO IL ____/____/____

IL RITIRANTE

La copia della documentazione clinica sarà conservata, in caso di mancato ritiro, per un anno dalla data della richiesta.

INFO COSTI per il rilascio di copia della documentazione clinica

- 1) Le spese di copia conforme delle cartelle cliniche ammontano a: € 20,00 per cartelle cliniche fino a 40 pagine; € 35,00 per cartelle cliniche composte da 41 a 100 pagine; € 40,00 per cartelle cliniche oltre le 100 pagine;
- 2) Cartella Clinica copia conforme Digitale via WEB €20,00 **tramite PagoPa** al link: <https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html?enteEmail=uocsasa%40asst-rhodense.it&enteSitoWeb=&enteTelefono=02994303561> **con ricevuta del pagamento da inviare contestualmente alla richiesta;**
- 3) Le spese di copia conforme dei certificati di pronto soccorso, referti ambulatoriali e riscontri autoptici ammontano a € 10,00;
- 4) Le spese di copia degli esami radiografici ammontano a € 10,00 per singolo cd.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER INVIO CARTELLA CLINICA TRAMITE CANALE WEB

LE CHIEDIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LA PRESENTE INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI E DI PRESTARE, LIBERAMENTE ED IN MODO INEQUIVOCABILE, IL SUO CONSENSO IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 (di seguito Regolamento UE), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, si forniscono le seguenti informazioni:

- **TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense nella persona del Legale Rappresentante pro tempore con sede legale in Viale Forlanini 95 – 20024 Garbagnate Milanese. PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it
- **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI:** dati di contatto: e-mail responsabileprotezionedati@asst-rhodense.it – Tel.: 02.994302215.
- **FINALITÀ:** i dati personali che La riguardano, da Lei forniti o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuta l'ASST. I dati, trattati mediante supporto cartaceo e/o elettronico e/o audio-visivo, ed accessibili esclusivamente al personale autorizzato, verranno utilizzati per fini istituzionali di cura, diagnosi, riabilitazione, prevenzione, terapeutici, epidemiologici, amministrativi e per tutti gli adempimenti di legge o richiesti da autorità pubbliche.
- **CATEGORIE DEI DATI TRATTATI:** dati personali, dati relativi alla salute, dati genetici, dati giudiziari.
- **DESTINATARI DEI DATI:** i dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi. Può essere prevista la comunicazione per obblighi di legge, dei soli dati essenziali, ai Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta (tramite la rete informatica del progetto regionale CRS SISS o altre reti di patologia), all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS), alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al Servizio Sanitario Regionale (SSR Regione Lombardia), alle Farmacie convenzionate con l'ASST. È fatta salva, inoltre, la comunicazione di dati richiesti, in conformità alla legge, da Forze di Polizia, dall'Autorità Giudiziaria, da Organismi di informazione e sicurezza, per finalità di difesa/sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione dei reati.
- **PERIODO DI CONSERVAZIONE:** i tempi minimi di conservazione dei dati sono definiti dal Massimario di scarto della documentazione del Sistema Socio Sanitario regionale lombardo vigente, approvato con Decreto della Giunta Regionale.
- **BASE GIURIDICA:** i dati saranno oggetto di trattamento sulla base di uno dei seguenti presupposti:
 - il consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali è necessario per la trasmissione, tramite canale web, della cartella clinica o altra documentazione sanitaria per una o più specifiche finalità
 - il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte;
 - il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento;
- **DIRITTI DELL'INTERESSATO:** ai sensi dell'art. 15 e seguenti del Regolamento UE, Lei può chiedere al Titolare del trattamento, a titolo esemplificativo e non esaustivo: l'accesso, la rettifica, la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano e il loro periodo di conservazione. Potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, comma 3, del Regolamento UE. Non potrà esercitare il diritto alla cancellazione dei dati in quanto il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (Art. 17 comma 3, lettera c, Regolamento. UE).
- **RECLAMI:** Lei può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST, con sede in Viale Forlanini n. 95, Garbagnate Milanese, tel. 02.994301814 - email: urp@asst-rhodense.it.



ASST Rhodense

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER INVIO
CARTELLA CLINICA TRAMITE CANALE WEB**

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ in data _____

Residente a _____

Codice fiscale _____

- PER PROPRIO CONTO
- ESERCITANDO LA RAPPRESENTANZA LEGALE O RESPONSABILITÀ GENITORIALE VERSO:

Nominativo: _____

Nato/a a _____ in data _____

Residente a _____

Codice fiscale _____

- dopo aver acquisito e compreso l'informazione fornita dal titolare del trattamento
- ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali

ACCONSENTO al rilascio/comunicazione dei seguenti:

indirizzo email _____

recapito telefonico _____

PER L'INVIO DELLA CARTELLA CLINICA TRAMITE CANALE WEB

NON ACCONSENTO all'invio della cartella clinica tramite canale web

Data ____/____/____

Firma leggibile _____

Allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità (Carta d'identità o passaporto)

Sede Legale: viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese – Tel.02.994.301 – Cod. Fisc. e Part. IVA: 09323530965

Posta elettronica certificata: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it - Sito web: www.asst-rhodense.it