



RICHIESTA RILASCIO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Spazio riservato all'ufficio. Reg. N. _____ / _____

La/il sottoscritta/o
 Nome e Cognome: _____
 Comune di Nascita _____ (Prov. _____) Data di Nascita: ____/____/____
 Comune di Residenza _____ (Prov. _____) Indirizzo _____
 Documento d'Identità Numero _____ Scadenza ____/____/____
 Rilasciato da _____ C.F. _____

CHIEDE

<input type="checkbox"/>	Per sè
<input type="checkbox"/>	Per figlio minore (allegare atto sostitutivo notorietà minori)
<input type="checkbox"/>	In qualità di delegato (allegare delega)
<input type="checkbox"/>	In qualità di avente diritto (allegare documentazione comprovante lo stato di avente diritto)

LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

<input type="checkbox"/>	Verbale Pronto Soccorso (€ 3,00 – se all'ingresso al PS è seguito il ricovero richiedere Cartella Clinica)										
<input type="checkbox"/>	Cartella Clinica (€ 10,00 CD o PEC – € 15,00 cartacea - in caso di ricovero il Verbale di Pronto Soccorso è compreso)										
<input type="checkbox"/>	Referto Ambulatoriale – no ricovero (€ 3,00) – indicare gli estremi nella tabella sottostante										
<input type="checkbox"/>	Diagnostica per Immagini (€ 10,00 a CD RX/TAC/RM/PET – NO ECOGRAFIE) – indicare gli estremi nella tabella sottostante										
<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <th>Esame/Referto</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <td>Quantità copie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Esame/Referto					Quantità copie				
Esame/Referto											
Quantità copie											

RIFERITA ALL'ACCESSO / DEGENZA / ESAME

<input type="checkbox"/>	Reparto dimissione	<input type="checkbox"/>	Data accettazione	<input type="checkbox"/>	Data dimissione
--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------

DEL PAZIENTE

(da compilare se diverso dal richiedente - allegare copia del documento d'identità e della tessera sanitaria)

Nome e Cognome: _____
 Comune di Nascita _____ (Prov. _____) Data di Nascita: ____/____/____
 Comune di Residenza _____ (Prov. _____) Indirizzo _____
 Documento d'Identità Numero _____ Scadenza ____/____/____
 Rilasciato da _____ C.F. _____

IMPEGNANDOSI A

<input type="checkbox"/>	Ritirla presso il Banco Informazioni dell'Ospedale Sant'Anna
<input type="checkbox"/>	Riceverla via PEC (SOLO C.C. o VERBALE PS) all'indirizzo PEC _____ protetta dalla seguente password _____
<input type="checkbox"/>	Riceverla tramite Racc. A/R SOLO SUPPORTOCD (€ 5,50) Indirizzo _____

La/il sottoscritta/o, dichiara quanto sopra ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e/o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del medesimo decreto.

La/il sottoscritta/o, dichiara di aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679.

<input type="checkbox"/>	Luogo e data	<input type="checkbox"/>	Firma

**INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679
PER I SOGGETTI CHE RICHIEDONO COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali che La riguardano formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per questo desideriamo fornirLe le relative informazioni.

Titolare e dati di contatto	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana - Sede legale: Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132 - Sede operativa: Via Ravona n. 20 – 22042 – San Fermo della Battaglia (Como) – Italia – Tel. 0315851 email dir.gen@pec.asst-lariana.it – PEC protocollo@pec.asst-lariana.it
------------------------------------	--

Finalità e base giuridica del trattamento	Finalità	Base giuridica (riferita al GDPR)
	Istruttoria della richiesta di copia di documentazione clinica	Obbligo legale (art. 6 p. 1 lettera c) <i>Il mancato conferimento dei dati non consente l'istruttoria della richiesta</i>
	Comunicazioni urgenti	Consenso (art. 6 p. 1 lettera a)) <i>Il mancato consenso permette, comunque, l'istruttoria della richiesta ma non consentirà all'ASST Lariana di contattare l'istante per comunicazioni urgenti. Il consenso, qualora fornito, è revocabile in qualsiasi momento</i>

Dati personali trattati	Finalità	Dati trattati
	Istruttoria della richiesta di copia di documentazione clinica	Dati anagrafici, dati del documento di riconoscimento, indirizzo di residenza, indirizzo di domicilio, estremi della prestazione clinica, documentazione di interesse, eventuali dati del delegante, copia del documento del delegante, PEC
	Comunicazioni urgenti	Telefono fisso, telefono mobile, fax, indirizzo email

Destinatari	Finalità	Destinatari
	Istruttoria della richiesta di copia di documentazione clinica	Nessun destinatario
	Comunicazioni urgenti	

Periodo di conservazione	Finalità	Durata
	Istruttoria della richiesta di copia di documentazione clinica	Fino al quinto anno successivo alla conclusione dell'istruttoria, fatto salvo l'eventuale contenzioso e quanto previsto dall'art. 10 del Dlgs. 42/2004 (Codice dei beni culturali e del paesaggio) per la conservazione dei documenti delle pubbliche amministrazioni per scopi di archiviazione nel pubblico interesse
	Comunicazioni urgenti	Fino al mese successivo alla conclusione dell'istruttoria

Diritti dell'interessato	Diritto	Riferimento al GDPR	Diritto	Riferimento al GDPR
	Accesso ai dati personali	Art. 15	Rettifica dei dati personali	Art. 16
	Cancellazione dei dati personali	Art. 17	Limitazione del trattamento	Art. 18
	Portabilità dei dati personali	Art. 20	Opposizione al trattamento	Art. 21
	Diritto al reclamo al Garante per la Protezione dei Dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma – protocollo@gpdp.it - 06696771	Art. 77	Diritto alla comunicazione della violazione	Art. 34

Rimane fermo il diritto dell'interessato a presentare specifico ricorso all'Autorità Giudiziaria competente

Processo decisionale automatizzato: NO	Trasferimenti dei dati a paesi extra UE: NO	Profilazione dell'interessato: NO
---	--	--

Responsabile per la Protezione dei Dati Personali	ISFORM & CONSULTING SRL – Via Guido Dorso 75 – 70125 – Bari - email info@isformconsulting.it - PEC isform.srl@pec.it – Tel.0805025250 - Persona fisica da contattare: Francesco Maldera – email rpd@asst-lariana.it – PEC francesco.maldera@pec.it
--	--

La/il sottoscritta/o, dopo aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, acconsente al trattamento dei seguenti dati personali per finalità di comunicazione urgente

Telefono fisso	Telefono mobile
Fax	Indirizzo email
Luogo e data	Firma