

|                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| Direzione Sanitaria | <b>RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE<br/>SANITARIA IN FORMATO DIGITALE</b> | Cod.Mod.IO34.05<br>del 08.01.2024<br>Rev. 5 |
|---------------------|--|---|

**Il/la sottoscritto/a**

**Cognome**..... **Nome** .....  
nato/a a ..... il ..... residente a .....  
in via ..... n. .... tel. .... cell. ....  
Documento d'identità ( Carta d'identità  Passaporto  Patente) : n° .....  
Rilasciato dal ..... il .....  
Indirizzo E-mail per consegna WEB: .....@.....  
Numero di Cellulare per consegna WEB: .....

**Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci**

Dichiara di essere:

- Intestatario della documentazione sanitaria (allegare copia del documento d'identità)**
- Genitore esercente la patria potestà (allegare copia del documento d'identità)**
- Tutore (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento d'identità)**
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi** .....  
(allegare copia del documento d'identità e atto sostitutivo di notorietà in carta semplice)

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Cognome ..... Nome .....  
Nato a ..... Prov. .... il .....

**CHIEDE**

Copia cartella clinica/ambulatoriale al **costo di Euro 25,00 a cartella clinica**:

- Codice n° ..... relativa al periodo di ricovero dal ..... al .....  
Unità Operativa di (reparto) .....
- Codice n° ..... relativa al periodo di ricovero dal ..... al .....  
Unità Operativa di (reparto) .....

Ad uso :  assicurativo  medico  personale  altro .....

Il sottoscritto ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) così come modificato dal D.Lgs.101/2018, acconsente a che i propri dati siano trattati per ottemperare alla sua richiesta.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Richiedente

*Il sottoscritto ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) così come modificato dal D.Lgs.101/2018, acconsente a che i propri dati siano trattati per ottemperare alla sua richiesta.*

|                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| Direzione Sanitaria | <b>RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE<br/>SANITARIA IN FORMATO DIGITALE</b> | Cod.Mod.IO34.05<br>del 08.01.2024<br>Rev. 5 |
|---------------------|--|---|

**LA RICHIESTA PUO' ESSERE INOLTRATA:**

1. Via @-mail all'indirizzo: raffaella.vanossi@ospedaledierba.it - tel. 031638213
2. All' ufficio ricoveri dalle 09.00 alle 13.00 dal lunedì al venerdì - tel. 031638209
3. Via fax presso la Direzione Sanitaria - tel. 031638229

Si precisa che la richiesta deve sempre essere accompagnata da un documento di riconoscimento del diretto interessato, in originale o in fotocopia, (Carta d'Identità, Passaporto, Patente).

Nel caso di richiesta inoltrata via fax e/o @-mail, per l'invio della documentazione sanitaria, far pervenire al medesimo numero di fax o indirizzo @- mail, la copia del bonifico bancario effettuato presso:

**CREDEM – ERBA**

**IBAN: IT09G0303251270010000920438**

**Intestato a: Ospedale di Erba S.r.l.**

**indicando nella causale “richiesta copia documentazione sanitaria”.**

**LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA POTRA' ESSERE ACQUISITA CON LE SEGUENTI MODALITA':**

- L'interessato/a riceverà una prima @-mail (**controllare nella casella SPAM**), necessaria alla propria identificazione. Ad essa risponderà completando i dati richiesti. Se la procedura va a buon fine, riceverà una seconda @-mail contenente un link per scaricare i documenti + un SMS che gli/le comunicherà una Password temporanea (la password sarà composta da 8 caratteri alfabetici/numerici).
  - L'interessato/a attiverà il link inviato/gli/le nella seconda @-mail. Quando richiesto, inserirà
- 1) **Password:** la password ricevuta tramite SMS;
  - 2) **@-mail:** rilasciata all'atto della richiesta
  - 3) **Compilare il campo Captcha** (per evitare collegamenti da parte di programmi malevoli)

Se la procedura va a buon fine si avvierà la copia dei file sul proprio Personal Computer o altro dispositivo informatico. L'interessato/a potrà collegarsi all'**area WEB riservata per il Download/Cancellazione dei file per un tempo massimo di 45 giorni dal primo accesso.**

|                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| Direzione Sanitaria | <b>RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE<br/>SANITARIA IN FORMATO DIGITALE</b> | Cod.Mod.IO34.05<br>del 08.01.2024<br>Rev. 5 |
|---------------------|--|---|

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER L'ACQUISIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN  
FORMATO DIGITALE**

Ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016. La informiamo che i Suoi dati personali (nome, cognome, indirizzo, numero di telefono e indirizzo email) saranno trattati esclusivamente per le finalità della gestione della richiesta e per la consegna della copia della documentazione sanitaria.

La base giuridica del trattamento è di natura contrattuale, pertanto non le verrà chiesto alcun consenso per il trattamento dei suoi dati personali finalizzati ad inviarLe quanto da Lei richiesto.

3) Il trattamento dei dati personali è effettuato mediante strumenti manuali e strumenti e procedure informatiche, in ogni caso idonei a garantire il loro trattamento nel rispetto delle misure minime di sicurezza, proteggendoli da distruzione, perdita, accesso non autorizzato, trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

I trattamenti dei dati avvengono, quindi, autorizzandone l'accesso solo ad incaricati, designati ed istruiti per iscritto, sottoposti a sistemi di autenticazione e procedure di autorizzazione.

4) I dati personali non saranno oggetto di alcuna diffusione.

5) Il titolare del trattamento dei dati è il dott. Vincenzo Trovato, Direttore di Struttura

8) DIRITTI DELL'INTERESSATO DA ESERCITARE PRESSO IL TITOLARE E IL RESPONSABILE

Gli art. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23 riconoscono in capo all'interessato taluni diritti, tra cui:

- a. ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano;
- b. conoscerne il contenuto e l'origine;
- c. verificarne l'esattezza;
- d. chiederne l'aggiornamento, la rettifica e quando vi ha interesse l'integrazione;  
ai sensi del medesimo articolo 7, l'interessato ha il diritto di chiedere:
  - a. la cancellazione;
  - b. la trasformazione in forma anonima;
  - c. il blocco dei dati trattati in violazione di legge; nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi al trattamento.
  - d. La limitazione,
  - e. l'opposizione
- f. Da ultimo, l'Interessato può ricorrere all'Autorità di Controllo qualora ritenga che il Titolare del trattamento abbia violato la normativa vigente.