

Casa di Cura Privata San Benedetto S.p.A.
Via S. Cellini, 26 - 63100 Ascoli Piceno - PI 02286650441

Sede Operativa: Via Murri, 1 63039 San Benedetto del Tronto (AP)
Tel. 0735.582525 Fax 0735.589843

MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE

SANITARIA

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e residente a _____

Via _____ N° _____ prov _____ cap _____

Recapito telefonico _____

In qualità di

- PAZIENTE**
- DELEGATO**
- ERED DEL PAZIENTE (All.1)**
- ESERCENTE RESPONSABILITA' GENITORIALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DEL PAZIENTE (All.2)**

CHIEDE

N° _____ copia conforme della cartella clinica n. _____ relativa al ricovero dal _____ al _____ presso il Reparto di _____ o della seguente documentazione _____

relativa al Sig. _____ nato _____ il _____.

Detta documentazione sarà ritirata

- PERSONALMENTE** presso l'Ufficio Accettazione sito al piano 0, dal lun al ve. 14 alle 19.00, sabato dalle 8.00 alle 13.00
- tramite delega al sig. _____
- tramite spedizione con raccomandata a/r a al seguente indirizzo _____

Le copie richieste con la presente saranno conservate nei nostri uffici per un termine massimo di sei mesi, spirato il quale occorrerà effettuare una nuova richiesta e un nuovo pagamento.

La predetta documentazione verrà rilasciata ENTRO IL TERMINE MASSIMO DI 30 GG (SE PRESENTE IN ARCHIVIO) DALLA RICEZIONE DELLA RICHIESTA.

Il costo è pari a € 20 per la consegna personale (all'interessato o al delegato) e ad € 25 per la spedizione a domicilio. Tali costi riguardano la ricerca, la riproduzione e la eventuale spedizione delle copie richieste.

La richiesta di copia cartella clinica può essere inoltrata o a mezzo mail (accettazione@casadicurastellamaris.it) o a mezzo fax al n. 0735*589844. Il pagamento degli importi indicati deve essere effettuato con bonifico bancario/postale a favore della Casa di Cura San Benedetto S.p.A., B.C.C. Picena - Codice Iban **IT 55 T 08474 24400 00000003033** causale "richiesta copia C.C. di (NOME DEL PAZIENTE)".

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità. e copia dell'avvenuto pagamento dell'importo sopra indicato.

San Benedetto del Tronto, _____

Addetto Amministrativo _____ Il Richiedente _____

Copia cartella clinica riconsegnata il _____

Firma per presa consegna _____

Spedita raccomandata N° _____ il _____

Addetto Amministrativo _____

DELEGA ALLA RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il sottoscritto (INTERESSATO) _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ Via _____ prov. ___ cap ____
recapito telefonico _____

DELEGA

il sig. (DELEGATO) _____ nato a _____ il _____ e residente a
_____ Via _____ prov. ___ cap ____
recapito telefonico _____

alla richiesta della documentazione sanitaria relativa all'interessato anzidetto.
Si allegano copia della carta d'identità dell'interessato e della persona delegata.

San Benedetto del Tronto, li
L'interessato delegante

Il delegato

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il sottoscritto (INTERESSATO) _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ Via _____ prov. ___ cap ____
recapito telefonico _____

DELEGA

il sig. (DELEGATO) _____ nato a _____ il _____ e residente a
_____ Via _____ prov. ___ cap ____
recapito telefonico _____

al ritiro della documentazione sanitaria relativa all'interessato anzidetto.
Si allegano copia della carta d'identità dell'interessato e della persona delegata.

San Benedetto del Tronto, li
L'interessato delegante

Il delegato

Casa di Cura Privata San Benedetto S.p.A.
Via S. Cellini, 26 - 63100 Ascoli Piceno - PI 02286650441

Sede Operativa: Via Murri, 1 63039 San Benedetto del Tronto (AP)
Tel. 0735.582525 Fax 0735.589843

Informativa ex art. 13 Regolamento UE 679/2016 GDPR RICHIESTA CARTELLA CLINICA O DOC.NE SANITARIA

La Casa di Cura Privata SAN BENEDETTO S.p.A., con sede legale in Via Cellini, 26 – 63100 Ascoli Piceno, tel. 0735/582525, mail: info@casadicurastellamaris.it, P.IVA 02286650441 (in seguito, “**Titolare**”), in qualità di titolare del trattamento, La informa ai sensi dell’art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, “**GDPR**”) che i dati da Lei forniti con la compilazione di questo modulo saranno oggetto di trattamento da parte della nostra Casa di Cura, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e nel rispetto dell’obbligo di riservatezza.

I dati che Le vengono richiesti servono per **finalità** strettamente connesse alla Sua richiesta di copia/duplicato della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria; le basi giuridiche del trattamento sono l'obbligo contrattuale e l'obbligo di legge, ai sensi dell'art. 6 lett. b) e c) GDPR; tali dati saranno utilizzati e conservati nei nostri archivi sia in formato cartaceo sia in formato elettronico, comunque con strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il **tempo di conservazione** di tali dati è di 10 anni.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio in quanto le informazioni che Lei ci fornisce sono necessarie per assolvere alla Sua richiesta, nonché per i conseguenti adempimenti degli obblighi amministrativi, contabili, fiscali e legali. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta, infatti, l'impossibilità di fornire la documentazione richiesta.

I Suoi dati potranno essere comunicati a dipendenti e collaboratori del Titolare nella loro qualità di **autorizzati al trattamento** (es. impiegati); a società terze o altri soggetti (es. società di servizi) che svolgono attività in *outsourcing* per conto del Titolare, nella loro qualità di **responsabili esterni del trattamento**. Queste terze parti possono trattare i dati personali solo nella misura necessaria per erogare i loro servizi. I nostri responsabili del trattamento dei dati hanno l'obbligo contrattuale di trattare tali informazioni con la massima riservatezza; in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, agli enti destinatari per legge o regolamenti.

L’interessato ha sempre la facoltà, in qualsiasi momento, di esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 15 GDPR:

- Diritto di accesso ai dati personali
- Diritto di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- Diritto di opporsi al trattamento;
- Diritto alla portabilità dei dati;
- Diritto di revocare il consenso, ove previsto (la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca);
- Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo (“Garante per la Protezione dei Dati Personali”) i cui dati di contatto sono indicati nel sito www.garanteprivacy.it;
- Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR (diritto all’oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione). Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti sopra elencati inviando:
- Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti sopra elencati inviando:
 - una raccomandata a.r. alla Casa di Cura Privata SAN BENEDETTO S.p.A., con sede legale in Ascoli Piceno, Via Cellini, 26 o una PEC all’indirizzo casadicurasanbedetto@pec.it
 - una e-mail all’indirizzo dpo@casadicurastellamaris.it
- Il Titolare del Trattamento è la Casa di Cura Privata SAN BENEDETTO S.p.A. i cui dati di contatto sono indicati nella intestazione della presente informativa. Il Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer) cui è possibile rivolgersi per esercitare i diritti sopra elencati e/o per eventuali chiarimenti in materia di tutela dati personali è raggiungibile all’indirizzo mail: dpo@casadicurastellamaris.it

San Benedetto del Tronto, li _____

Firma per presa visione

(All.1)

RICHIESTA E RITIRO DOCUMENTAZIONE CLINICA DI DEFUNTO*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'*

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a
_____ Via _____ prov. ____ cap ____
recapito telefonico _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000,
dichiara, sotto la sua responsabilità:

DICHIARA**DI ESSERE EREDE LEGITTIMO O TESTAMENTARIO DEL DEFUNTO**

SIG. _____ nato a _____ il _____ e deceduto
a _____ il _____

Si allega copia della carta di identità del dichiarante.

San Benedetto del Tronto, _____

Il Dichiarante

(Al.2)

**RICHIESTA E RITIRO DOCUMENTAZIONE CLINICA DI
MINORENNE – INCAPACE – INTERDETTO – AMMINISTRATO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a
_____ Via _____ prov. _____ CAP _____
recapito telefonico _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara, sotto la sua
responsabilità:

DICHIARA

DI ESSERE

- Persona esercente la potestà genitoriale di _____
- Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata di _____
- Tutore/Curatore di minore _____
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute di _____

Si allega copia della carta di identità del dichiarante.

San Benedetto del Tronto, _____

Il Dichiarante
