



Richiesta copia Cartella Clinica

Intestatario della cartella clinica

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n° _____ Città _____

Cap _____ Provincia _____ Telefono _____

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n° _____ Città _____

Cap _____ Provincia _____ Telefono _____

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

DICHIARA DI ESSERE (specificare con una X)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Delegato (allegare delega con documento del delegante) | <input type="checkbox"/> Tutore* |
| <input type="checkbox"/> Genitore esercente la patria potestà | <input type="checkbox"/> Curatore* |
| <input type="checkbox"/> Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) | <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno* |

(* Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

presso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, allegare al seguente modulo

CHIEDE

Copia Cartella clinica: Reparto _____ Periodo ricovero _____

- Copia su cartaceo Copia su CD

Il tempo di consegna della copia di cartella clinica, completa in unica soluzione e in copia conforme è di circa 30 gg, purché siano trascorsi 15 gg. dalla dimissione;

I costi sono:

- cartaceo 12 € CD 10 € spese di spedizione 8 €

Modalità di ritiro e pagamento:

- **Presso l'Ufficio Ritiro Referti** muniti di documento di identità con i seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 7:45 alle ore 18:15 e il sabato 7:45 alle 13:00 (in caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare anche delega e documento di identità del delegante). Il pagamento dovrà essere effettuato tramite cassa automatica. La copia della documentazione deve essere ritirata entro 30gg dalla data di disponibilità c/o l'Ufficio Referti, in caso contrario verrà trasmessa tramite servizio postale con l'aggravio delle spese di spedizione. Il pagamento dovrà essere effettuato con bollettino postale che l'AOUS invierà successivamente
- **Servizio postale in raccomandata:** specificare con una X se la spedizione deve essere effettuata presso:
 l'indirizzo intestatario l'indirizzo richiedente
 altro indirizzo) _____

Il pagamento dovrà essere effettuato tramite bollettino postale che l'AOUS invierà successivamente all'invio della copia presso la residenza dell'intestatario.

Data _____ Firma _____

(Allegare documento di identità dell'intestatario e del Richiedente se persona diversa)



INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 si rappresenta che **l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese**, in qualità di **titolare del trattamento** (con sede in Strada delle Scotte 14, 53100 Siena, tel. 0577/585519, Email: dirgen@ao-siena.toscana.it, pec ao-siena@postacert.toscana.it), tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.d.), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, incluse le finalità di trattazione delle istanze pervenute, nonché di archiviazione, ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la loro mancata indicazione non consente di svolgere le attività amministrative del procedimento attivato con il presente modulo. I dati acquisiti nell'ambito della procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa consultabili sul sito istituzionale della AOUS www.ao-siena.toscana.it, link: Privacy > Prontuario di scarto ([http://www.ao-siena.toscana.it/images/Massimario di scarto pdf](http://www.ao-siena.toscana.it/images/Massimario_di_scarto.pdf)).

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Azienda, **designati e incaricati** per il processo di duplicazione della documentazione sanitaria, o da soggetti espressamente nominati come **responsabili del trattamento** che hanno in gestione la documentazione dell'AOUS.

Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttoria e nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Azienda, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679). L'apposita istanza all'Azienda è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati, e-mail: n.minutella@ao-siena.toscana.it scaricando il fac-simile di domanda dal sito istituzionale www.ao-siena.toscana.it, link:

Privacy > Modulo per esercizio dei diritti in materia di protezione dei dati personali (<http://www.ao-siena.toscana.it/index.php/privacy>).