



MODULO DI RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA/REFERTI/CD

Cognome:		Nome:	
Nato a:		Il:	
Residente in via:			
Città:	CAP:	Prov.:	
Tel.	Cell.	e-mail	
Documento d'identità n°:	Rilasciato da:	Il:	

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

(barrare la voce interessata):

cartella clinica riferita a ricovero:

Nel periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_  
 Nel periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_  
 Nel periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_  
 Nel periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_  
 Nel periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_

copia di esami/referti:

Richiede copia referto di: \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ numero copie \_\_\_\_\_

Richiede copia CD di: \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ numero copie \_\_\_\_\_

Da compilare in caso di delega ovvero richiesta relativa ad altro soggetto, da presentare con documento di identità del delegato e del delegante:

DICHIARA DI ESSERE

(barrare la voce interessata):

- Erede legittimo/testamentario
- Fiduciario (art.4, legge n°219/2017)
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno
- Altro: \_\_\_\_\_

di (cognome e nome): \_\_\_\_\_ nato/a il: \_\_\_\_\_  
come da allegata documentazione

Firma del delegato: \_\_\_\_\_ Firma del delegante: \_\_\_\_\_



## COSTI E SPEDIZIONI

1. Euro 40 per ogni cartella clinica di ricovero ordinario + Euro 20 in caso di spedizione postale;
2. Euro 20 per referto di radiologia + Euro 13 in caso di spedizione postale;
3. Euro 20 per referto di neurologia + Euro 13 in caso di spedizione postale;
4. Euro 20 per ogni CD + Euro 13 in caso di spedizione postale

Il pagamento può avvenire con una delle seguenti modalità:

- In contanti presso lo sportello Ufficio Accettazione
- Bonifico: IT64F0103002010000001949181 intestato a “San Camillo IRCCS S.r.L.” causale “Versamento quota per richiesta copia documentazione sanitaria per \_\_\_\_\_” (inserire il nome e cognome del paziente)

Invio della copia tramite spedizione postale:

- NO (ritirerò la copia presso l’Ufficio Accettazione)  
 SI – compilare il seguente campo:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Via e numero civico \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Attenzione: nessuna documentazione sanitaria verrà inviata via e-mail.

Nel caso di spedizione postale il richiedente solleva l’Ospedale IRCCS San Camillo dalla responsabilità derivante da eventuali manomissioni, furti e smarrimenti o violazioni della privacy.

**N.B.: In base alla norma di legge (L.24/2017, art.4) la documentazione richiesta sarà disponibile entro il termine massimo di trenta giorni (dalla richiesta se cartella o dalla refertazione), in rapporto ad eventuali necessità di completamenti e/o integrazioni. Dopo 60 giorni dalla data stabilita per il ritiro della Cartella Clinica non sarà più disponibile e sarà necessario fare una nuova richiesta.**

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La San Camillo IRCCS s.r.l., con sede legale in via Alberoni, n. 70 - 30126 Venezia Lido (Ve) C.F. 04554270274, in qualità di titolare del trattamento dei suoi dati personali (di seguito “Titolare”), rilascia la presente informativa all’Interessato nel rispetto della disciplina europea e italiana in materia di protezione dei dati personali.

Il Titolare è contattabile al seguente indirizzo email: [segreteria.generale@hsancamillo.it](mailto:segreteria.generale@hsancamillo.it). Il Titolare ha nominato un Responsabile della Protezione Dati (RPD), che l’Interessato può contattare inviando apposita istanza al seguente indirizzo e-mail: [dpo@hsancamillo.it](mailto:dpo@hsancamillo.it)

#### **Finalità e base giuridica del trattamento**

Il Titolare tratta i dati personali dell’interessato al fine di poter rispondere a sue specifiche richieste: la base giuridica del trattamento è costituita dalla necessità di perseguire le sopra esposte finalità.

#### **Periodo di conservazione dei dati**

Il Titolare tratterà i dati dell’interessato per l’espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi o derivanti dalle richieste effettuate, per il periodo prescritto dalla legge e secondo il termine di prescrizione dei diritti scaturenti dal rapporto, fatta salva l’ulteriore conservazione per il tempo necessario alla definizione (comunque raggiunta) delle controversie eventualmente insorte.





### **Natura del conferimento dei dati e conseguenze in caso di rifiuto**

Il conferimento dei dati è necessario e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per il Titolare di perseguire le sopra indicate finalità.

### **Ambito di comunicazione dei dati e categorie di destinatari**

Il Titolare non diffonderà i dati, ma intende comunicarli a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni, nonché enti pubblici e privati, anche a seguito di ispezioni e verifiche. Tali destinatari, ove dovessero trattare i dati per conto del Titolare, saranno nominati responsabili del trattamento con apposito contratto o altro atto giuridico.

### **Trasferimento dati verso un Paese terzo e/o un'organizzazione internazionale**

I dati personali non saranno oggetto di trasferimento né verso Paesi terzi non europei né verso organizzazioni internazionali.

### **Diritti degli interessati**

L'Interessato ha il diritto di effettuare la cancellazione dal presente servizio in qualsiasi momento e potrà altresì chiedere al Titolare di accedere ai propri dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenerne la portabilità.

Per esercitare i propri diritti, l'Interessato può utilizzare il modulo disponibile sul sito del garante (<https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924>) e inoltrarlo al Titolare al seguente recapito: [dpo@hsancamillo.it](mailto:dpo@hsancamillo.it). L'Interessato ha anche il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

Il sottoscritto, ho letto l'informativa sul trattamento dati e con la compilazione del presente modulo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, autorizzo l'IRCCS San Camillo S.r.L. al trattamento dei propri dati personali, al fine di poter procedere alla consegna della documentazione richiesta.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Spazio riservato all'ufficio:

CONSEGNA:

- A mano, in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Con raccomandata numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Via posta prioritaria spedita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ di cui copia in allegato

Sigla operatore: \_\_\_\_\_