

**RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA
UFFICIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA-CARTELLE CLINICHE**

FAX N. 0373.280336

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ Residente a _____ (cap. _____)

via _____ n. _____ tel. _____

IN QUALITÀ DI:

- a)** diretto interessato (titolare della cartella clinica)
- b)** esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore.....
(Cognome - Nome - Data di nascita)
- c)** legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di.....
(Cognome - Nome - Data di nascita)
- d)** legittimo erede di.....
(Cognome - Nome - Data di nascita)

(NB: allegare modulo debitamente compilato di dichiarazione sostitutiva di certificazione (caso b) e caso c) oltre a copia provvedimento) o di atto di notorietà (caso d).

CHIEDE COPIA della seguente documentazione sanitaria:

- Cartella clinica ospedaliera CD COPIA CONFORME
- Cartella clinica di pronto soccorso
- Certificato di avvenuto ricovero comprensivo di diagnosi
- Referto autopsia
- Copie di referti di visite o prestazioni ambulatoriali
- CD di Coronarografia
- EEG
- Altro (da specificare) _____

Relativa ai seguenti ricoveri/prestazioni ambulatoriali o di pronto soccorso effettuati presso codesta Azienda Ospedaliera:

Presidio	Unità Operativa	Data ricovero/prestazione

motivazione della richiesta: _____

(barrare la casella che interessa)

- CHIEDE l' invio della documentazione con spese a proprio carico (pagamento tramite contrassegno)**

al/alla Sig./Sig.ra _____ presso il seguente indirizzo:

via _____ n. _____ località _____ (prov _____) cap _____

- DELEGA** Il /la Sig./Sig.ra: _____ nato/a _____ il _____

al ritiro della/e cartella/e richieste **(allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)**

- PROVEDERÀ AL RITIRO PERSONALMENTE**

RITIRA PRESSO PRESIDIO DI: Crema Rivolta Soncino Castelleone

CONSEGNA WEB: Il/la sottoscritto/a chiede che l'Ospedale pubblici in un area Internet ad accesso sicuro e riservato (https + credenziali di accesso + captcha) la documentazione oggetto della presente istanza allegando oltre al documento di riconoscimento, copia del bonifico di pagamento di euro 15,00 su c/c bancario IBAN IT82H0503456841000000005802 (nella causale indicare 'copia doc. sanitaria sig. cognome e nome del titolare della documentazione).

Il/la sottoscritto/a autorizza, inoltre, che gli/le vengano comunicati, con e-mail al proprio Indirizzo di Posta Elettronica e con SMS al proprio cellulare, gli elementi utili all'accesso al WEB (istruzioni, link e credenziali) per scaricare (download) detta documentazione su Personal Computer o altro dispositivo informatico.

PER AVVIARE IL PROCESSO DI DIGITALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA, il/la medesimo/a riceverà una prima e-mail, necessaria alla propria identificazione. Ad essa risponderà completando i dati richiesti: ad es. alcune cifre del Numero del Telefono Cellulare. **Se tutto OK**, riceverà una seconda e-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).

PER SCARICARE I DOCUMENTI DIGITALIZZATI E/O RIMUOVERLI DAL WEB

Il/la sottoscritto/a attiverà il link inviatogli/le nella seconda e-mail. Quando richiesto, inserirà **1) Utente** = alla propria e-mail; **2) Password** = alla password ricevuta da SMS; **3) compilerà, inoltre, il campo Captcha** (per evitare collegamenti da parte di programmi malevoli). **Se tutto OK**, si avvierà la copia dei file sul proprio Personal Computer o altro dispositivo informatico.

Il/la sottoscritto/a potrà collegarsi all'**area WEB riservata per il Download/Cancellazione dei file per un tempo determinato (45 giorni, dal primo accesso)**.

Allo scopo **indica** il seguente indirizzo di posta elettronica per consegna WEB: _____

Allo scopo **indica** il seguente numero di Cellulare per consegna WEB: _____

Il conferimento dei dati da parte Sua è obbligatorio per il perseguimento delle finalità relative alla richiesta e consegna della in quanto la loro mancata disponibilità renderebbe impossibile evadere la richiesta;

I dati raccolti sono trattati con strumenti manuali e informatici e con l'adozione di idonee misure di sicurezza per prevenire la perdita di dati nonché usi illeciti, non corretti o non autorizzati degli stessi;

Il trattamento dei dati è consentito solo ai responsabili e agli incaricati dell'ASST Crema, appositamente nominati e istruiti, nel pieno rispetto del proprio ambito di competenza, delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati compreso il profilo relativo alla sicurezza;

I suoi dati non saranno comunicati a terzi fatto salvo l'invio di dati pertinenti e non eccedenti agli enti e autorità preposti per l'adempimento ad obblighi di legge.

Il/La sottoscritto/a è **consapevole delle sanzioni penali ed amministrative** previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il sottoscritto dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del succitato D.P.R.

Dichiara di essere stato **informato, ai sensi e per gli effetti di cui ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 679/2016**, che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'ASST di Crema secondo le disposizioni previste dal **Reg. UE 679/2016** (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento è l'ASST di Crema. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'ex art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003 e al Capo III **UE 679/2016** (art.li 12-23).

Crema , _____ **Firma leggibile dell'interessato/delegante** _____

(allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)