RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria della Clinica Sedes Sapientiae

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____ Nato a _____

Prov._____ il _____ Documento di identità _____ n° _____

Rilasciato da _____ Telefono _____

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 di identità)**
- ❑ **Tutore (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)**

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

Nome _____ Cognome _____

Nato a_____ Prov._____ il _____

CHIEDE

- ❑ n° _____ copie della cartella clinica/cartella ambulatoriale relativa al periodo di ricovero dal _____ al _____
- ❑ n° _____ copie delle seguenti radiografie: _____

_____(specificare sito)

PROVVEDERÀ AL RITIRO CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

- ❑ Provvederà **personalmente a scaricare (download)** la documentazione da area internet ad accesso sicuro e riservato (https + credenziali di accesso + captcha), su Personal Computer o altro dispositivo informatico. Autorizza, inoltre, che vengano comunicati, con e-mail al proprio Indirizzo di Posta Elettronica e con SMS al proprio numero di cellulare, gli elementi utili all'accesso al WEB (istruzioni, link e credenziali) per il download.

  PER AVVIARE IL PROCESSO DI DIGITALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA, il/la medesimo riceverà da documentazione.sedes@microdisegno.com una e-mail all'indirizzo di posta elettronica indicato ed un SMS con un codice OTP (ovvero una password temporanea).

  PER SCARICARE I DOCUMENTI DIGITALIZZATI E/O RIMUOVERLI DAL WEB

  Cliccando sul link "Download Documentazione Sanitaria" verranno richieste le ultime cifre del numero di cellulare, la mail indicata sul modulo della richiesta, la data di nascita dell'intestatario della documentazione ed il codice ricevuto tramite SMS. Il download sarà possibile solo se completati correttamente tutti i passaggi previsti. Cliccando su "Scarica documentazione" sarà quindi possibile effettuare il download della cartella clinica in formato .pdf, firmata digitalmente e contenuta all'interno di un file .zip.

  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 Telefono Mobile per consegna WEB: _____

- ❑ Provvederà personalmente al ritiro della documentazione richiesta
- ❑ Nell'impossibilità di potervi provvedere personalmente:
  - ❑ delega al ritiro compilando la sottostante sezione **"DELEGA AL RITIRO"**
  - ❑ chiede che la documentazione venga spedita tramite posta raccomandata (costi di spedizione a carico del richiedente) all'indirizzo presente in cartella clinica o al seguente indirizzo: _____

    _____

Per ricevere l'avviso di ritiro/spedizione della documentazione clinica richiesta, È INDISPENSABILE indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____

La copia della documentazione sanitaria sarà predisposta secondo le tempistiche di legge.

Data ____/____/_____ **Firma** _____

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnato se non all'interessato.
Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile presentarsi muniti di documento di identità in corso di validità.

Data_____

Il/La sottoscritto/a: Cognome_____ Nome_____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra: Cognome_____ Nome_____

Nato a _____ Pr. _____il_____

Tipo e documento di identità n°_____

Al ritiro della documentazione sanitaria, previa esibizione del documento d'identità.

Data_____ Firma _____

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

In data odierna il Sig./la Sig.ra _____ha ritirato la documentazione sanitaria.

*Data*_____ *Firma* _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

(per i soggetti non intestatari della documentazione sanitaria)

La presente informativa viene resa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati personali, in relazione al trattamento dei Suoi dati personali.

Forniamo quindi le seguenti informazioni:

1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è Sedes Sapientiae S.r.l., con sede legale in Torino (TO), Via Giorgio Bidone, 31, in persona del legale rappresentante pro tempore.

2. DATA PROTECTION OFFICER

Il Data Protection Officer (DPO) è contattabile via posta elettronica al recapito dataprotectionofficer@humanitas.it

3. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei Suoi dati personali acquisiti con la suddetta dichiarazione è svolto per l'accertamento dell'identità e/o della qualità personale dichiarata.
Per tale finalità, il trattamento dei suoi dati personali è necessario per adempiere ad un obbligo legale, ai sensi dell'art. 6 comma 1, lett. c), Reg. UE 2016/679, previsto per il ritiro della documentazione sanitaria, ossia artt. 60 e 92, comma 2 del D.Lgs. 196/2003, così come novellato dal D.Lgs. 101/2018. La comunicazione dei dati personali è obbligatoria, poiché la mancata comunicazione non consente al Titolare di rilascio della documentazione richiesta.

4. DESTINATARI E AMBITI DI COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà con strumenti cartacei e/o informatici da parte del personale dei Titolari del trattamento dati opportunamente autorizzato. E' escluso qualsiasi diffusione di dati, ma potranno essere trattati anche da soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale per l'esecuzione e assistenza dei servizi forniti al Titolare e che operano in qualità di Responsabili del trattamento. L'elenco di eventuali Responsabili è a disposizione presso la sede delle società o scrivendo a privacy@to.humanitas.it.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali saranno conservati secondo precise politiche e procedure definite dal Titolare, per 12 mesi dalla presentazione della richiesta.

6. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI DELL'INTERESSATO

In riferimento ai dati personali trattati per il Servizio descritto, Lei potrà conoscere in qualunque momento i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, far valere i diritti a Lei riconosciuti dall'art. 15 e segg. del Regolamento UE 2016/679 (diritto di accesso ai dati, di rettifica o cancellazione degli stessi, diritto di limitazione del trattamento o di opposizione allo stesso, diritto alla portabilità dei dati), scrivendo a privacy@to.humanitas.it o privacy.humanitas@pec.it
Qualora ravvisi una violazione di legge nel trattamento dei Suoi dati personali può proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Resta comunque salva la possibilità di esperire ricorso davanti all'Autorità giudiziaria competente.