

Data: _____

Oggetto: **Richiesta documentazione sanitaria-clinica**

Cartella numero:

Numero copie:

Modalità di richiesta: su Web

Estremi ricevuta di Pagamento: ESENTE SINO A FINE EMERGENZA COVID-19

||Assistito||

Cognome:

Nome:

Cod. Fiscale:

Data di nascita:

Reparto:

Indirizzo E-mail:

Numero di cellulare:

Tipologia Documento: _____ Numero di documento: _____

- Ho letto e compreso l'informativa allegata sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del Codice della Privacy.
- Acconsento all'utilizzo del mio numero telefonico, da parte dell'ASL RM6, per comunicazioni relative allo stato di lavorazione della documentazione sanitaria richiesta.
- Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
- Si allega copia di documento di riconoscimento del richiedente controfirmato .

DELEGA AL RITIRO DELLA FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA (o specificare altro documento richiesto)

Il sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Estremi doc. del delegante _____ Firma del delegante _____

Estremi doc. del delegato _____ Firma del delegato _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. __)

il _____

residente in _____ (prov. _____) via _____

Sotto la propria personale responsabilità e con la piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false (art.76 del D.P.R. 445/2000 e disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia)

DICHIARA

Di aver diritto a richiedere a codesta amministrazione di poter acquisire la cartella clinica o documento sanitario, in qualità di:

- Tutore/legale rappresentante
- Erede
- Genitore, in possesso della patria potestà

del Sig./ra // del minore

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ Deceduto (*) il _____

Estremi documento _____

Data

Firma

(*) Compilare solo in caso di decesso

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signora/Egregio Signore,

la ASL Roma 6 Le fornisce le informazioni di seguito riportate relative al trattamento dei Suoi dati personali. Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto della dignità umana, dei diritti e delle libertà fondamentali della persona, secondo le norme del Regolamento 2016/679/UE e dell'art. 92 del Codice Privacy (D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, modificato dal D.lgs. n. 101 del 10 agosto 2018) sul rilascio e la conservazione delle cartelle cliniche.

1. Titolare del trattamento dei Suoi dati personali

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati è la ASL Roma 6 con sede legale in Via Borgo Garibaldi 12, 00041 Albano Laziale (RM), P.IVA/C.F.: 04737811002, e-mail servizio.protocollo@pec.aslroma6.it

2. Responsabile della protezione dei dati

La ASL Roma 6 ha nominato un Responsabile della protezione dei dati (DPO) che ha funzioni di supporto e di vigilanza sull'applicazione delle regole sulla privacy e a cui si potrà rivolgere nel caso in cui ritenga siano stati violati o negati i Suoi diritti. Può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail dpo@aslroma6.it

3. Base giuridica e finalità del trattamento

La ASL Roma 6 effettua il trattamento dei dati personali per finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza, terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali.

I dati conferiti telematicamente mediante il presente modulo sono trattati esclusivamente per fornire la documentazione richiesta dagli interessati e per tutte le attività amministrative ad essa connesse.

I dati saranno conservati per il tempo necessario alla corretta e completa erogazione della prestazione richiesta. Il conferimento di tutti i dati richiesti è necessario e l'eventuale rifiuto di fornirli rende impossibile dare seguito alla richiesta.

4. Modalità del trattamento dei dati

I dati personali forniti possono essere oggetto di: raccolta; registrazione; organizzazione; strutturazione; conservazione; adattamento o modifica; estrazione in forma statistica anonima; consultazione. Queste e ogni altra operazione necessaria per perseguire le finalità riportate vengono effettuate da personale appositamente incaricato, con strumenti informatici e/o mediante la lavorazione di documenti cartacei, con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse, in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure tecniche e organizzative previste dalle disposizioni vigenti.

I dati potranno essere oggetto di comunicazione, se previsto da norma di legge o di regolamento, a Pubbliche Amministrazioni, Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine e consulenti legali e/o assicurativi per la gestione del contenzioso.

I dati non sono soggetti a diffusione.

5. Diritti dell'interessato

Il Regolamento 679/2016/UE Le riconosce diversi diritti (artt. 15 ss.). Lei ha sempre la possibilità di esercitare tali diritti ma, in alcuni casi, la ASL Roma 6 deve valutare la Sua richiesta per verificare se ricorrono le condizioni previste dalla normativa e dunque se è possibile darle seguito. I Suoi diritti sono: richiedere maggiori informazioni in relazione ai contenuti della presente informativa; di accedere ai dati personali; ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; alla portabilità dei dati opporsi al trattamento; proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante Privacy); adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79); richiedere il risarcimento dei danni conseguenti alla violazione della normativa (art. 82).

Maggiori informazioni sono reperibili sul sito www.aslroma6.it, nella sezione *Privacy*.