



MODULO DI RICHIESTA (ANCHE VIA FAX) DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALLA
DIREZIONE SANITARIA DELL'OSPEDALE MIULLI
NUMERO DI FAX 0803054966

Io sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n _____

Tel/cell. _____ C.F. _____

ALLEGARE copia di documento di riconoscimento valido del richiedente

(Scrivere in stampatello, i fax incompleti non saranno evasi)

IN QUANTO

- diretto interessato
- esercitante la potestà nei confronti del minore (1) _____
- esercitante la rappresentanza legale nei confronti di (2) _____
- erede legittimo e/o testamentario (3) di _____
- essendo minore emancipato (4) _____

Dichiara di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc.), assumendone tutte le eventuali responsabilità

CHIEDE il rilascio, per gli usi consentiti dalla legge, di:

- N° ____ COPIA/E CONFORME/I DELLA CARTELLA CLINICA
- CERTIFICATO DI DEGENZA
- COPIA DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Relativa alla degenza o ad altra prestazione sanitaria fruita da:

Il/la Sig./ra _____ nato a _____

il _____ C.F. _____, presso l'U.O. di _____

data accettazione _____*

Il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 71, 75 e 76 del DPR n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere e di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. 196/2003, e di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento, all'eventuale elaborazione dei dati ai fini statistici ed in forma anonima, al fine di migliorare il servizio ed alla trasmissione dei dati a soggetti interessati, per adempimenti previsti dalla normativa vigente.

Il richiedente si impegna a ritirare il documento entro 10 giorni da quando è pronto per la consegna. In caso di mancato ritiro accetta che gli venga spedito a domicilio con spese a suo carico. Prende atto di essere tenuto a pagare, ai sensi dell'art.5 punto 8 della L. 407/1990 l'intero importo della copia in caso di mancato ritiro.

DATA _____

Firma del richiedente _____

* Per la richiesta di più di una copia di cartella vedasi pagina successiva
(1), (2), (3), (4) vedasi pagina successiva

DELEGA

Il sottoscritto delega il/la Sig./ra _____
Nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via/piazza _____ n. _____, tel./cell _____ C.F. _____
al ritiro della documentazione richiesta
Documento di identità (tipo) _____ N° _____ rilasciato da _____
il _____
(ALLEGARE copia del documento)

Documentazione richiesta da allegare per :

(1) esercitante potestà nei confronti del minore:

- a. copia di un valido documento di identità
- b. Stato di famiglia (anche autocertificazione)

(2) esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:

Nel caso di interdetto o inabilitato:

- a. copia di un valido documento di identità
- b. copia sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore o copia integrale dell'atto di nascita;

(3) essendo legittimo erede di:

- a. copia di un valido documento di identità
- b. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto

(4) essendo minore emancipato:

- a. copia di un valido documento di identità
- b. idonea certificazione (art. 90 e ss C. C.).

Richiesta di altre copie conformi di cartella clinica

U.O. di _____ data accettazione _____
U.O. di _____ data accettazione _____
U.O. di _____ data accettazione _____
U.O. di _____ data accettazione _____

RITIRO DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./ra _____
Dichiara di ricevere in data _____ la documentazione richiesta:
Documento identità (tipo) _____ N° _____ rilasciato da _____
il _____
(ALLEGARE copia del documento)

FIRMA _____

“Codice in materia di protezione dei dati personali”

Gentile Signora/Signore,

ai sensi del D. Lgs. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali, il trattamento dei dati personali che La riguardano è improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel pieno rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e della Sua dignità, oltretutto delle norme sul segreto professionale e d'ufficio.

Pertanto, ai sensi dell'art. 13 del predetto Decreto, La informiamo di quanto segue:

1) Finalità del Trattamento

I dati personali da Lei forniti verranno trattati per le finalità istituzionali che rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale e nell'ambito dei trattamenti individuati nel Regolamento emanato dalla Regione Siciliana e nell'apposito Regolamento emanato dall'ASP di Enna.

In particolare, per il raggiungimento delle seguenti finalità di rilevante interesse pubblico:

- Tutela della Sua salute mediante prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e lo svolgimento delle attività amministrative correlate.
- Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.
- Vigilanza sulle sperimentazioni e farmaco - vigilanza.
- Applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro e di sicurezza e salute della popolazione.
- Instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra amministrazione e soggetti accreditati o convenzionati del SSN.
- Attività di Medicina Legale.
- Attività sanzionatorie dell'Azienda.
- Attività di relazioni con il pubblico.

In relazione alle suddette finalità, Le viene richiesto il consenso scritto (o documentato per iscritto) per il trattamento e la comunicazione dei dati idonei a rivelare il Suo stato di salute.

Il conferimento dei Suoi dati personali e sensibili è necessario per permettere l'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste.

2) Ambito di comunicazione e diffusione dei dati

I Suoi dati personali sono comunicati dall'A.S.P. di Enna ad altri soggetti pubblici o privati quando ciò sia previsto da disposizioni di Legge o di Regolamento.

Tra i soggetti destinatari vi sono:

- Organismi sanitari.
- Enti sovraordinati che svolgono funzioni di indirizzo e controllo.
- Soggetti che svolgono specifici incarichi per conto dell'azienda.
- Forze di polizia, autorità giudiziaria.
- Imprese di assicurazione.
- Soggetti terzi qualificati nel rispetto delle norme sul diritto di accesso.

Nel caso di ricovero, Lei ha il diritto di chiedere che venga mantenuto l'anonimato sulla Sua presenza nell'Ospedale.

I dati idonei a rivelare lo stato di salute non sono oggetto di diffusione.

3) Modalità del Trattamento

Il trattamento dei dati personali avviene mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non. Inoltre, i dati personali sono custoditi e controllati in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi secondo le misure minime previste dalla normativa in oggetto.

I suoi dati personali sono altresì trattati dal personale sanitario e amministrativo "incaricato" dal Responsabile del trattamento, nel rispetto del principio di indispensabilità dei dati.

4) Titolare e Responsabili del Trattamento

Il Titolare del Trattamento è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna nella persona del Legale Rappresentante, il Direttore Generale.

Responsabili del Trattamento sono i Dirigenti delle Strutture sanitarie e amministrative dell'ASP di Enna.

L'elenco dei Responsabili del Trattamento è disponibile presso l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico aziendale e gli URP distrettuali ed è pubblicato sul sito Web dell'ASP di Enna.

6) Diritti dell'interessato

I diritti di cui all'art. 7 del Decreto, che di seguito riproduciamo integralmente, sono esercitati con richiesta rivolta al Responsabile del Trattamento.

«1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in maniera intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5 comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere: l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui sopra sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento di dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato e di comunicazione commerciale».

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Alessio Nitti)