



**RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA
IN FORMATO DIGITALE**

Alla Direzione Medica di Presidio

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

Documento di identità (Carta d'Identità, Passaporto, Patente) n° _____

Rilasciato dal _____ Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica per consegna WEB: _____ @ _____

Numero di Telefono Mobile per consegna WEB: _____

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**
- 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)**
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi (allegare copia del documento di identità e atto sostitutivo di notorietà in carta semplice)**

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

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

CHIEDE

Copia cartella clinica /ambulatoriale:

- codice n° _____ relativa al periodo di ricovero dal _____ al _____

Unità Operativa di _____

- codice n° _____ relativa al periodo di ricovero dal _____ al _____

Unità Operativa di _____

al costo di Euro 20,00 a cartella clinica

La richiesta può essere inoltrata :

1. presso lo sportello numero 2 dell'accettazione dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle 13.30 alle 16.00 dal Lunedì al Venerdì
2. via fax presso la Direzione Medica di Presidio **031638229**
3. via @-mail all'indirizzo: segreteriads.sf@fatebenefratelli.eu

Si precisa che la richiesta deve sempre essere accompagnata da un documento di riconoscimento del diretto interessato, in originale o in fotocopia, (Carta d'Identità, Passaporto, Patente).

Nel caso di richiesta inoltrata via fax e/o @-mail, per l'invio della documentazione sanitaria, far pervenire al medesimo numero di fax o indirizzo @- mail, la copia **del bonifico bancario effettuato presso :**

Banca di Credito Cooperativo Alta Brianza –Alzate Brianza.

IBAN:IT 64 G 083 2951 27 000 0000 200 522

Intestato a “Provincia Lombardo Veneta Ordine Ospedaliero Di San Giovanni di Dio- Fatebenefratelli indicando nella causale “ richiesta copia documentazione sanitaria”.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____

Firma _____

**LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA POTRA' ESSERE ACQUISITA CON LE
SEGUENTI MODALITA':**

- L'interessato/a riceverà una prima @-mail (**controllare nella casella SPAM**), necessaria alla propria identificazione. Ad essa risponderà completando i dati richiesti quali alcune cifre del Numero del Telefono Cellulare. Se la procedura va a buon fine, riceverà una seconda @-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).
- L'interessato/a attiverà il link inviatogli/le nella seconda @-mail. Quando richiesto, inserirà
 - 1) **Password** : la password ricevuta tramite SMS;
 - 2) **@-mail**: rilasciata all'atto della richiesta
 - 3) **Compilare il campo Captcha** (per evitare collegamenti da parte di programmi malevoli)

Se la procedura va a buon fine si avvierà la copia dei file sul proprio Personal Computer o altro dispositivo informatico.

L'interessato/a potrà collegarsi all'**area WEB riservata per il Download/Cancellazione dei file per un tempo massimo di 45 giorni dal primo accesso.**

**N.B. PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI ALL'UFFICIO DIREZIONE SANITARIA
TEL. 031638213**

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER L'ACQUISIZIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE**

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003, La informiamo di quanto segue:

- 1) I dati oggetto del presente flusso di comunicazioni sono trattati esclusivamente per le finalità della gestione della richiesta e per la consegna della copia della documentazione sanitaria.
- 2) I dati dell'interessato sono di natura sensibile e il loro trattamento è necessario per assolvere alle predette finalità.
- 3) Il trattamento dei dati personali è effettuato mediante strumenti manuali e strumenti e procedure informatiche, in ogni caso idonei a garantire il loro trattamento nel rispetto delle misure minime di sicurezza, proteggendoli da distruzione, perdita, accesso non autorizzato, trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

I trattamenti dei dati avvengono, quindi, autorizzandone l'accesso solo ad incaricati, designati ed istruiti per iscritto, sottoposti a sistemi di autenticazione e procedure di autorizzazione.

- 4) Il conferimento del consenso dell'interessato al trattamento dei dati di cui al presente flusso di comunicazioni, per le finalità predette, è stato reso in fase di istruttoria della richiesta.
- 5) I dati personali non saranno oggetto di alcuna diffusione.
- 6) Il titolare del trattamento dei dati è Provincia Lombardo Veneta - Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio - Via Pilastroni, 4 – Brescia che ha nominato responsabile esterno al trattamento dei dati Microdisegno s.r.l. - Via del Commercio, 3 - 26900 Lodi.
- 8) DIRITTI DELL'INTERESSATO DA ESERCITARE PRESSO IL TITOLARE E IL RESPONSABILE
L'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 riconosce all'interessato taluni diritti, tra cui quello esercitabile in qualsiasi momento di:

- a. ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano;
- b. conoscerne il contenuto e l'origine;
- c. verificarne l'esattezza;
- d. chiederne l'aggiornamento, la rettifica e quando vi ha interesse l'integrazione;

ai sensi del medesimo articolo 7, l'interessato ha il diritto di chiedere:

- a. la cancellazione;
- b. la trasformazione in forma anonima;
- c. il blocco dei dati trattati in violazione di legge;

nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi al trattamento.