

**All'Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina
Area Isontina**

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ n. _____
CAP _____ recapito telefonico fisso e/o cell _____
recapito di posta elettronica/PEC _____
Cod.fisc. _____ n. documento di identità _____
rilasciato il _____ da _____

- consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss. mm. e ii., rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (vedi nota allegata);
- consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente (vedi note allegate);

DICHIARA

di essere legittimato/a a richiedere la documentazione sanitaria:

per me stesso/a

per il/la sig/sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ Tel. _____
n. documento di identità _____ del _____
rilasciato da _____

in qualità di:

tutore/curatore/amministratore di sostegno (indicare gli estremi dell'atto di nomina)

- genitore del minore esercente la responsabilità esclusiva
- genitore del minore esercente la responsabilità genitoriale (*allegato consenso del genitore non richiedente, qualora non si eserciti la responsabilità genitoriale in modo esclusivo*)
- delegato (*delega allegata*)
- rappresentante legale/procuratore (*allegato il titolo attestante il potere rappresentativo*)
- erede o coerede legittimo
- erede o coerede testamentario (*indicare studio Notarile presso il quale è depositato il testamento*) _____

E CHIEDE IL RILASCIO DI

copia della documentazione sanitaria (*specificare la tipologia di prestazioni, il periodo di riferimento e la Struttura di riferimento*)

La documentazione sanitaria è richiesta per uso

- SANITARIO ASSICURATIVO
- PREVIDENZIALE
- MEDICO LEGALE
- PERSONALE
- altro _____

e viene rilasciata per gli usi consentiti dalla legge

MODALITA' DI RITIRO

- Personalmente o con delega al sig/sig.ra _____ nato/a il _____
dichiara di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere persona maggiorenne e al ritiro della documentazione sanitaria dovrà esibire un proprio documento di identità e fotocopia di un documento di identità valido del delegante
- mediante spedizione postale in contrassegno con tariffa a carico del destinatario
dichiara di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite del Codice Postale che prevede anche la consegna a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc....).

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 e s.m. ed i. (codice cd "sulla privacy") e al Reg. U.E. 2016/679, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Luogo e data _____

(firma per esteso del richiedente)

Informazioni per il richiedente

art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 e s.m. ed i., commi 1, 2 e 3:

“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.”

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e smi

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche ed integrazioni, l'A.S.U.G.I. informa che il trattamento dei dati personali comunicati e/o contenuti nella presente richiesta avverrà anche con l'ausilio di strumenti elettronici e sarà finalizzato unicamente all'adempimento degli obblighi derivanti dalla presente richiesta ovvero allo svolgimento delle funzioni e attività istituzionali proprie dell'A.S.U.G.I. ovvero per dare esecuzione ad obblighi previsti dalla normativa vigente (ad esempio ai fini della verifica dei dati (comunicati).

Il trattamento dei dati sarà effettuato con riferimento alle sole categorie di dati, di interessati e di destinatari della comunicazione e della diffusione strettamente collegati agli adempimenti sopra illustrati.

Gli interessati al presente atto godono dei diritti di cui all'art. 7 del citato D. Lgs. 196/03 cit., tra i quali figurano il diritto di accesso ai dati che li riguardano nonché di alcuni diritti complementari tra cui il diritto a far rettificare, aggiornare, integrare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge nonché il diritto ad opporsi al loro trattamento per motivi illegittimi.

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina informa inoltre che i presupposti, le modalità, i limiti per l'esercizio del diritto di accesso a documenti amministrativi contenenti dati personali e la relativa tutela giurisdizionale restano disciplinati dalla legge 7 agosto 1990 n. 241 e ss. mm. e ii. Pertanto, l'A.S.U.G.I. si impegna a non diffondere i dati personali di cui trattasi fatto salvo il diritto di accesso dei soggetti interessati, le esigenze dell'Amministrazione in sede di verifica dei dati comunicati nonché i casi previsti dalla legge.

Il rilascio della documentazione richiesta è subordinato al previo pagamento di un importo secondo quanto stabilito dal “Regolamento aziendale di disciplina dell'accesso documentale e dell'accesso civico” dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.

Il pagamento potrà essere effettuato, previa specifica della causale di versamento, tramite:

- bonifico bancario presso l'Istituto Bancario Intesa San Paolo – IBAN: IT 06 D 03 06 9123 4410 0000 046103 SWIFT CODE/BIC: BCITITMM;
- presso gli sportelli CUP aziendali
oppure:
- Poste Italiane c/c n. 10077493 – IBAN IT 40 L 07601 12400 000010077493

indicando, nella causale del pagamento, il nome e cognome del richiedente e la dicitura “richiesta di documentazione sanitaria”, preceduta dalla sigla GO

Per le spedizioni in contrassegno, il pagamento dei costi di riproduzione e di imballaggio può avvenire direttamente alla consegna presso il domicilio dell'utente. Le tariffe per l'invio in contrassegno sono quelle applicate nel tempo da Poste Italiane Spa.

Nel caso di istanze di richieste di accesso caratterizzate da aspetti di particolare complessità giuridica, la Struttura ricevente trasmetterà la richiesta e la relativa documentazione a corredo alla Struttura Complessa Affari Generali e Legali.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Spese di riproduzione

- Copia cartella clinica 12 euro
- Copia documentazione fotografica per foglio 5 euro (N. _____ fogli)
- Copia documentazione sanitaria 5 euro
- Copia su supporto magnetico/CD o DVD 5 euro
- Riproduzione digitale da originale in formato digitale: nessun costo

TOTALE DA CORRISPONDERE €. _____

Verificato il pagamento delle suddette spese, la documentazione sanitaria richiesta viene:

Consegnata, previa esibizione di documento di identità, al/alla sig./sig.ra:

_____ il _____ Documento di identità n.
_____ del _____ rilasciato da _____

Data: _____

Firma del ricevente: _____

Inviata a domicilio per posta in contrassegno in data _____

Inviata al domicilio per posta in contrassegno

DELEGA PER IL RITIRO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ il_, residente a _____ in _____ via
_____ tel. _____, doc. _____ di
riconoscimento _____, rilasciato da _____ il _____ n.

DELEGO

Il/la Sig/Sig.ra _____ nato/a a _____ a _____
_____ il _____, residente a _____ in via _____
_____ tel. _____, doc. di _____
riconoscimento _____, rilasciato da _____
il _____, n. _____

AL RITIRO

della seguente documentazione sanitaria:

LUOGO e DATA _____

FIRMA DEL DELEGANTE _____

FIRMA DEL DELEGATO _____

N.B: Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante.

RITIRO A DOMICILIO

Mediante spedizione postale in contrassegno con tariffa a carico del destinatario

Nome: _____ Cognome: _____

Via: _____ Cap: _____ Città: _____

Dichiara di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede anche la consegna a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile...). La tariffa è comprensiva dei costi di riproduzione e imballaggio, ove previsti, se non pagati anticipatamente.

Altro da dichiarare _____

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.LGS. 193/2003 e ss. mm. e ii., che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma per esteso del dichiarante
