

**Allegato I - MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_, NOME \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,

Prov. \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

**RICHIESTE** PRESA VISIONE (sempre gratuita) COPIA \*

DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA	DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE
<input type="checkbox"/> Cartella clinica	<input type="checkbox"/> Cartella sanitaria (Serd , CSM, neuropsichiatria Infantile, Psicologia aziendale)
<input type="checkbox"/> Verbale di Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Cartella sociale
<input type="checkbox"/> Cartella di Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Referti specialistici ambulatoriali
<input type="checkbox"/> Certificazione Sanitaria riguardanti Pazienti assistiti in Ospedale	<input type="checkbox"/> Cartella consultoriale
<input type="checkbox"/> Scheda Operatoria	<input type="checkbox"/> Cartelle ambulatoriali
<input type="checkbox"/> Referti e immagini Diagnostica strumentale	<input type="checkbox"/> Cartella PAI, ADI
<input type="checkbox"/> Referti specialistici ambulatoriali	<input type="checkbox"/> Cartella sanitarie relative a valutazione di UVMG (Unità di Valutazione Multi Geriatrica)
<input type="checkbox"/> Riscontro diagnostico post mortem	<input type="checkbox"/> Certificazione Stato vaccinale
	<input type="checkbox"/> Referti e immagini Diagnostica strumentale

 Estratto di documentazione o altra tipologia (specificare \_\_\_\_\_) PRIMO RILASCIO RILASCIO SUCCESSIVO

## PRESTAZIONE SANITARIA RELATIVA A:

Presidio ospedaliero/ Territoriale \_\_\_\_\_

U.O./Servizio \_\_\_\_\_

Periodo di riferimento:

DA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

DA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

DA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

## RICHIEDENTE (compilare se diverso dal paziente)

COGNOME \_\_\_\_\_, NOME \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,

Prov. \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

### In qualità di:

- Delegato del titolare della documentazione sanitaria (compilare Allegato A)
- Altro avente diritto (compilare Allegato B)

## MODALITA' DI RILASCIO

- Invio tramite PEC all'indirizzo \_\_\_\_\_; password apertura file e-mail \_\_\_\_\_;
- Invio tramite e-mail all'indirizzo \_\_\_\_\_, recapito telefonico per ricezione password apertura file e-mail \_\_\_\_\_;
- Ritiro presso gli appositi sportelli;
- Invio tramite raccomandata all'indirizzo (con costi aggiuntivi) \_\_\_\_\_

## TEMPI DI RILASCIO

- Secondo la tempistica prevista
- Urgente per la seguente motivazione \_\_\_\_\_

Il presente modulo ha validità di autodichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 dei dati e fatti ivi riportati. Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci o fornisca atti falsi incorrerà nelle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

\*in caso di necessità di copia conforme, specificare la motivazione \_\_\_\_\_

### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'Azienda sanitaria Locale di Viterbo, in qualità di Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta di accesso agli atti secondo le disposizioni di legge ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi. È fatta salva la possibilità di un ulteriore indirizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio.

Il conferimento dei dati personali contrassegnati con l'asterisco è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta. Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi. I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento. Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti all'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Azienda sanitaria Locale di Viterbo – in qualità di Titolare del trattamento – Via E. Fermi, 15 – 01100 – Viterbo, oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer – DPO ) dell'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo, - e-mail: [dpo@asl.vt.it](mailto:dpo@asl.vt.it).

---

### **CONSEGNA**

Si consegna la documentazione in data .....

Firma richiedente

Firma e timbro Ufficio rilascio documentazione sanitaria

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_