

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA O COPIA CD

Il/La sottoscritto/a paziente Cognome Nome
Nato/a a il/...../..... Tel.
Residente a Via
Cap N° Documento Codice Fiscale

☐ **IN PROPRIO**

☐ **PER IL TRAMITE DI**

Sig./a Cognome Nome

Nato/a a Il/...../..... Telefono

N. Documento,
nella qualità di ☐ **delegato**, ☐ **genitore/tutore**, ☐ **erede**

RICHIEDE

- ☐ Rilascio di copia semplice della Cartella Clinica
☐ Invio a mezzo posta al domicilio di copia semplice della Cartella Clinica o CD ambulatoriale (€ 10.00)
☐ Duplicazione cd post ricovero o ambulatoriale (periodo: dal..... al) (€ 10.00)

ANNO:	N° CARTELLA	DH/RICOVERO

La copia è disponibile per il ritiro per un anno (365 gg.) decorsi i quali viene distrutta senza diritto al rimborso.

In caso di richiesta di invio della Cartella indicare indirizzo della spedizione:

Cognome Nome Residente
Via/P.zza N° Cap.

NB: La documentazione contenuta all'interno della cartella clinica è quella presente al momento della richiesta e pertanto potrebbe subire integrazioni.

Tempi di rilascio: 7 giorni dalla data di ricezione della cartella da parte dell'Ufficio cartelle cliniche.

In caso di persone decedute la documentazione può essere ritirata solo da erede che attesta ai sensi del d.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali che conseguono, la qualità di erede.

In caso di minori l'accesso è consentito ai genitori, anche disgiuntamente, ovvero al tutore che attestano ai sensi del d.P.R. n. 445/2000, consapevoli delle conseguenze civili e penali che conseguono, la potestà genitoriale.

☐ **Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa riportata sul retro del presente modulo**

Data.....

Firma.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La presente informativa si riferisce ai dati personali di cui l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCSS chiede il conferimento per la richiesta di rilascio di copia della cartella clinica.

Titolare del trattamento è l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCSS, con sede in Roma, Via Portuense n. 292.

Per ogni **chiarimento rispetto al trattamento in questione può contattare il Data Protection Officer (DPO)** dell'Istituto scrivendo una mail a dpo@inmi.it, che La riscontrerà nei termini previsti dal GDPR.

I **dati personali trattati** ai fini della richiesta di rilascio di copia della cartella clinica sono i seguenti dati personali: nome e cognome, luogo e data di nascita, residenza, dati di contatto, numero del documento.

Ove venisse chiesto invio della copia a mezzo posta è trattato anche l'indirizzo di spedizione.

Qualora il paziente decidesse di delegare un soggetto terzo o la richiesta venisse formulata dal genitore, dal tutore o da un erede del paziente stesso sono richiesti anche i dati del delegato, del genitore, del tutore o dell'erede.

Il trattamento di dati personali è **necessario ai fini della gestione della richiesta di rilascio della copia della cartella clinica, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. b) ed e)** del GDPR.

I dati acquisiti saranno conservati per **dieci anni**.

I dati non saranno comunicati e/o diffusi, nonché trattati al di fuori dell'Unione europea.

In relazione ai dati personali da Lei forniti, ai sensi degli **articoli 15-22 del GDPR**, ha il diritto di: (i) accedere e chiederne copia; (ii) richiedere la rettifica; (iii) richiedere la cancellazione; (iv) ottenere la limitazione del trattamento; (v) opporsi al trattamento; (vi) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali effettuato per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale marketing diretto, nonché nei casi di cui all'art.21, paragrafo 1, GDPR; (vii) ricevere i dati conferiti al Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (viii) proporre reclamo al Garante ai sensi dell'art 77 del GDPR.

A tal fine può utilizzare il modello messo a disposizione dal Garante per la protezione dei dati personali di cui al link: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>.

Per l'**esercizio dei Suoi diritti potrà contattare** il DPO d'Istituto, contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@inmi.it; la Sua richiesta sarà riscontrata nel minor tempo possibile e, comunque, nei termini di cui al GDPR.

Per il ritiro della documentazione clinica è necessario presentare all'Ufficio Ritiro Referti, il presente modulo:

La copia semplice/cd della cartella clinica del

Sig./a Cognome Nome

Nato/a a il/ / Tel.

Residente a Via Cap.....

Documento N° Rilasciato da

VIENE RITIRATA

☐ **DAL PAZIENTE**

☐ **DA DELEGATO PER IL RITIRO**

☐ **DA GENITORE/TUTORE**

☐ **DA EREDE**

Sig./a Cognome Nome

Documento N° Rilasciato

Firma del paziente

Firma del delegato/genitore/tutore/erede

NB: in caso di delega per il ritiro o di ritiro effettuato da genitore/tutore/erede allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità del paziente.

RITIRO COPIA DELLE CARTELLE CLINICHE

Ufficio Ritiro Referti

Il ritiro delle cartelle cliniche può essere effettuato dal lunedì al sabato ore 09.00 - 12.00 e il lunedì il mercoledì e venerdì anche dalle ore 12.00 alle ore 17.30.

Eventuali informazioni possono essere chieste per mail: urp@inmi.it