

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Nr. Registro _____

Il sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ in Via _____ cap _____

Telefono _____ C.F. _____ documento _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA COMPLETA E CONFORME ALL'ORIGINALE

DELLA CARTELLA CLINICA relativa al ricovero ospedaliero avvenuto il _____ nel reparto di _____
operato dal Dr. _____ per uso _____

IN QUALITA' DI:

☐ **DIRETTO INTERESSATO** ☐ **SOGGETTO DELEGATO** dal diretto interessato come da delega allegata al modello

☐ **GENITORI FIGLIO MINORE:** dichiaro di esercitare la responsabilità genitoriale sul minore _____ nato il _____ a _____; dichiaro di essere consapevole delle sanzioni amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

☐ **GENITORE SEPARATO FIGLIO MINORE:** dichiaro di esercitare la responsabilità genitoriale sul minore _____ nato il _____ a _____; dichiaro di essere consapevole delle sanzioni amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

☐ **EREDE:** dichiaro che il Sig./ra _____ nato/a il _____ a _____ è deceduto il _____ a _____

☐ senza lasciare testamento

☐ lasciando atto testamentario

GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE _____ e dichiaro che i legittimi eredi sono:

_____ grado di parentela _____

_____ grado di parentela _____

_____ grado di parentela _____

☐ **TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** di _____ (allegare nomina)

☐ **ALTRO SOGGETTO INTERESSATO** (indicare l'interesse che legittima l'accesso ai sensi della L. n. 241/1990) _____

dichiaro di essere consapevole delle sanzioni amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

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

Il sottoscritto dichiara

☐ di avere ricevuto copia cartacea dell'informativa unitamente alla presente richiesta

☐ di aver preso visione dell'informativa affissa negli spazi predisposti dal COQ

☐ di aver preso visione dell'informativa sul sito COQ www.ospedalecoq.com

FIRMA richiedente _____

Omegna, _____

MODALITA' DI RITIRO E COSTI LEGATI AI DIRITTI DI SEGRETERIA:

☐ RITIRO DIRETTO CARTACEO (€ 35.00) ☐ SPEDIZIONE CON POSTA ELETTRONICA all'indirizzo mail: _____

(€ 25.00 da pagare al momento della richiesta) ☐ SPEDIZIONE AL DOMICILIO POSTA ORDINARIA (€ 42.00); SE CON CORRIERE ESPRESSO TARIFFA DA DEFINIRE A SECONDA DEL PLICO.

SE LA CARTELLA SI TROVA PRESSO ARCHIVIO ESTERNO AI COSTI SOPRA ELENCATI VANNO AGGIUNTI € 15.00

Documenti da allegare: FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITA', EVENTUALE NOMINA A TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO E COPIA FATTURA PAGAMENTO

FIRMA PER RITIRO _____

MODELLO DI DELEGA (FACOLTATIVA)

Il/La sottoscritto/a _____ * (nome e cognome), nato/a a _____
(luogo di nascita)* (_ *) il _____ * (data di nascita) e residente a _____ * (luogo
di residenza) in _____ * (via/piazza di residenza), C.F. _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ * (nome e cognome), nato/a a _____ (luogo di
nascita)* (_ *) il _____ * (data di nascita) e residente a _____ * (luogo di
residenza) in _____ * (via/piazza di residenza), c.f. _____ *(dati
obbligatori)

☐ a **chiedere il rilascio di copia** della cartella clinica relativa al ricovero osp. avvenuto il _____
nel reparto di _____ operato dal Dr. _____ per uso _____ presso
il Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A.**

☐ a **ritirare copia** della cartella clinica relativa al ricovero osp. avvenuto il _____ nel
reparto di _____ operato dal Dr. _____ per uso _____ presso il
Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A.**

**** (barrare entrambe le caselle nel caso venga conferita delega sia per la richiesta di copia che per il ritiro della stessa)**

Data _____

Luogo _____

Firma del soggetto che conferisce la delega _____

Firma del soggetto delegato (anche a titolo di accettazione) _____

➡ E' obbligatorio allegare fotocopia leggibile del documento di identità sia del soggetto che conferisce la delega che di quello delegato.

MODALITA' DI RICHIESTA CARTELLA CLINICA

PRESSO SPORTELLI CUP:

- ✓ compilazione del presente modulo e dell'eventuale modello di delega;
- ✓ copia documento d'identità in corso di validità (in caso di conferimento della delega a soggetto diverso dal diretto interessato allegare copia dei documenti d'identità in corso di validità sia del soggetto delegante che del soggetto delegato);
- ✓ pagamento presso sportello CUP (piano terra, orario apertura dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00)

A MEZZO FAX (0323/6601210) O VIA E-MAIL (urp@ospedalecoq.it)

- ✓ compilazione del presente modulo e dell'eventuale modello di delega;
- ✓ fotocopia documento d'identità in corso di validità (in caso di conferimento della delega a soggetto diverso dal diretto interessato allegare copia dei documenti d'identità in corso di validità sia del soggetto delegante che del soggetto delegato);
- ✓ copia pagamento con bollettino postale sul conto corrente n. 87715751 intestato al Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A. oppure tramite bonifico bancario IBAN IT09R0306903390267004917517 Banca INTESA SAN PAOLO AG. DI ROMA.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI DEL SOGGETTO DELEGATO AL RITIRO (OVE IL DIRETTO INTERESSATO ABBIA CONFERITO DELEGA ALLA RICHIESTA E/O AL RITIRO AD UN ALTRO SOGGETTO)

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è il **Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A.** con sede legale in **Omegna, via Lungolago Buoizzi 25**, nella persona del **legale rappresentante dott. Luisa Clementi**, al quale l'interessato potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti tramite l'ufficio di segreteria di direzione generale sito in **Omegna, via Lungolago Buoizzi 25**, o direttamente all'indirizzo email dirgen@ospedalecoq.it.

2. Il Responsabile Protezione Dati

Il Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) è la **dott.ssa Roberta Agrati** contattabile ai seguenti recapiti: numero di telefono fisso **03236601201**; indirizzo email dpo@ospedalcoq.it

3. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dal Titolare esclusivamente per l'identificazione del soggetto destinato a ricevere la copia della documentazione oggetto della delega. Conseguite le finalità per le quali sono trattati, i dati personali possono essere conservati per periodi più lunghi in base alla disciplina vigente.

4. Natura del conferimento

In assenza del conferimento dei dati personali qualificati come obbligatori, il Titolare non potrà consegnare la documentazione indicata nella delega a soggetti diversi dal paziente.

5. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori del Titolare, nominati quali persone autorizzate al trattamento.

6. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 12 ss. del Regolamento (UE) 2016/679 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erranei o raccolti in violazione di legge, o di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

7. Diritto di proporre reclamo

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti sia effettuato in violazione di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire l'autorità giudiziaria (art. 79).