

RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA/CERTIFICATO RICOVERO E DIMISSIONE

UFFICIO CARTELLE CLINICHE Via Gramsci, 14 – 43126 Parma – fax n. 0521 702280 –
email: cartellecliniche@ao.pr.it

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
(cap. _____) via _____ n. _____ tel. _____

IN QUALITÀ DI:

- a) diretto interessato (es. titolare della cartella clinica, intestatario del referto...)
 b) esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore _____
 c) legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di _____
 d) legittimo erede di _____

(NB: allegare modulo debitamente compilato di dichiarazione sostitutiva di certificazione (caso b); caso c) oltre a copia provvedimento) o di atto di notorietà (caso d).

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA:

- CARTELLA CLINICA** **CERTIFICATO DI RICOVERO E DIMISSIONE**

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

inerente al ricovero avvenuto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma:

- Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

- Unità Operativa di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

- VERBALE DI Pronto Soccorso** **ALTRO REFERTO** _____

del ____/____/____;

motivazione della richiesta:.....

(barrare la casella che interessa)

- CHIEDE l'invio della documentazione sanitaria con spese a proprio carico (pagamento tramite contrassegno)**

al/alla Sig./Sig.ra _____ presso il seguente indirizzo:
via _____ n. _____ località _____ (prov. _____) cap _____.

- DELEGA** Il /la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

al ritiro della documentazione richiesta (**allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante**)

- PROVVEDERÀ AL RITIRO PERSONALMENTE**

• Il sottoscritto è **consapevole delle sanzioni penali ed amministrative** previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il sottoscritto dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del succitato D.P.R.

• Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 (c.d. GDPR), che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti anche con strumenti automatizzati e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Titolare del trattamento, con sede in Via Gramsci, 14 – 43126 Parma. I dati personali sono trattati in osservanza della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali da personale appositamente autorizzato, tenuto al segreto d'ufficio e professionale, nel pieno rispetto dei principi di liceità, sicurezza, correttezza, riservatezza, trasparenza, necessità, pertinenza, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati. Oggetto di trattamento possono essere anche i dati personali di altri soggetti forniti dall'istante. Il trattamento è necessario per l'adempimento dell'obbligo legale del Titolare di fornire all'Interessato riscontro in merito all'istanza e viene effettuato per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione, anche amministrativa, dell'istanza, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I dati personali sono conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono raccolti, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o di regolamento, tenuto conto anche di quanto previsto dal Massimario di scarto dei documenti d'archivio. I Suoi dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati nei soli casi previsti dalla legge, a soggetti pubblici che agiscono come Titolari autonomi (esempio: autorità giudiziaria) ed a soggetti privati in rapporto contrattuale con l'Azienda, nominati Responsabili del trattamento (esempio: gestori e manutentori di piattaforme informatiche). Il conferimento dei dati è obbligatorio e il rifiuto comporterà l'impossibilità di dare seguito alla richiesta avanzata. L'Interessato potrà esercitare il diritto di ottenere l'accesso ai suoi dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti e, nei casi stabiliti dalla Legge, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento, indirizzando apposita istanza al Responsabile della Protezione dei Dati Personali (c.d. RPD o DPO), tramite email: dpo@ao.pr.it o tramite l'URP, via Gramsci, 14 -43126 Parma. L'interessato ha altresì diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenga che i suoi dati personali siano trattati in violazione della normativa vigente.

Parma _____

Firma dell'interessato/delegante _____

(allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante)

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato.

Cognome e nome operatore _____ **Firma operatore** _____