

Zona Distretto Valdarno

Io Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
 Doc. di Identità tipo _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____
 Tel. _____ Email: _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 28/12/2000 n° 445, in caso di dichiarazione mendace, e informato delle finalità e delle modalità di trattamento dei dati richiesti ai sensi della normativa vigente

RICHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SOTTO INDICATA NELLA SUA QUALITÀ DI:

- ☐ **Titolare della Documentazione**
- ☐ **Unico erede** del Titolare della Documentazione defunto ☐ **Coerede**
- ☐ **Esercente la potestà genitoriale** sul Titolare, minore ☐ **Amministratore di sostegno** del Titolare della Documentazione
- ☐ **Tutore/Curatore** del Titolare della Documentazione interdetto, inabilitato o minore privo di genitori esercenti la potestà
- ☐ **Altro:** _____ (specificare con allegata documentazione conforme alla normativa vigente)

Se il richiedente non coincide con il Titolare della documentazione dovrà essere allegata idonea documentazione attestante la propria qualità in ordine alla presente richiesta (es: dich. Sost. atto notorio status di erede, nomina e giuramento AdS o Tutore ecc.)

DOCUMENTAZIONE CLINICA DI _____ **nato/a il** _____
a _____ **C.F.** _____

Tipo documentazione richiesta:

- ☐ CARTELLA OSPEDALE DI COMUNITÀ ☐ CARTELLA HOSPICE ☐ CARTELLA S.P.D.C. - periodo ricovero: _____
- ☐ CARTELLA CONSULTORIALE - periodo di riferimento: _____
- ☐ CARTELLA CLINICA TERRITORIALE - periodo di riferimento: _____
- ☐ ALTRO (indicare tipo di documentazione richiesta e periodo di riferimento): _____

Si chiede il rilascio della documentazione sopra indicata in:

- ☐ **COPIA SEMPLICE NON AUTENTICATA ex art. 15 par. 3 Reg. UE 2016/679 (GDPR)** e Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26/10/2023 (richiesta dati personali per verificare se le informazioni contenute nella documentazione richiesta sono esatte, complete e comprensibili); **GRATUITO IL RILASCIO SOLO PER LA PRIMA COPIA.**
- ☐ **COPIA AUTENTICA CONFORME ALL'ORIGINALE**

MODALITÀ DI RITIRO:

- ☐ Chiedo il ritiro presso l'Ufficio Protocollo Valdarno
- ☐ Chiedo l'invio per PEC al seguente indirizzo: _____
 a tal fine comunico il seguente indirizzo email a cui la Zona Distretto comunicherà la password di apertura del file: _____.

Al riguardo: ☐ acconsento ☐ non acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sanitari, relativamente a questa modalità digitale di consegna.

☐ Chiedo l'invio per posta raccomandata (con spese postali a carico del destinatario); La documentazione dovrà essere inviata al seguente Indirizzo: Via _____ Città _____ (Prov. _____)Cap. _____
Data richiesta _____ **Il Richiedente** _____

Dovrà essere prodotto un documento di riconoscimento del richiedente e, in caso di delega, anche un documento di riconoscimento del delegato.

Il sottoscritto _____ **DELEGA AL RITIRO** il/la Sig./Sig.ra _____
 nato/a a _____ il _____ Doc. di Identità tipo _____ n° _____
 rilasciato da _____ il _____, sollevando l'Azienda USL TSE da qualsiasi responsabilità in merito.
Data _____, **li** _____ **Il delegante** _____

Dichiaro di avere ricevuto la documentazione richiesta:

_____, **li** _____ **Il Richiedente o suo Delegato:** _____

INFORMAZIONI AI SENSI DELL'ART. 13 Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non saranno in alcun modo diffusi e non saranno comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento. L'Azienda può trasmetterle documentazione che la riguarda contenente dati relativi alla salute all'indirizzo PEC o di posta elettronica ordinaria da lei specificato; in tal caso la trasmissione avviene previo suo consenso e nel rispetto delle seguenti cautele:

- a) la documentazione viene spedita in forma di allegato al messaggio e non come testo compreso nel corpo del messaggio;
- b) se inviata mediante posta elettronica ordinaria, la documentazione è protetta con una password per l'apertura del file, che le viene comunicata separatamente.

In qualunque momento, inviando una richiesta al titolare o al Responsabile Protezione Dati dell'Azienda, i cui dati di contatto sono di seguito riportati, lei può far valere i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del GDPR. Ricorrendone i presupposti, lei ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.

Titolare del trattamento dei dati e' l'Azienda Usl Toscana sud est, con sede legale in via Calamandrei, 173, 52100, PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Responsabile per la protezione dei dati personali, tel.0575 254156, e-mail: privacy@uslsudest.toscana.it

L'informativa generale sul trattamento dei dati è rinvenibile e consultabile, in versione aggiornata, nel sito web istituzionale www.uslsudest.toscana.it alla sezione www.uslsudest.toscana.it/privacy/privacy-in-azienda/documentazione-aziendale-rpd

* * *

TARIFE APPLICATE PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Per il rilascio della prima copia della documentazione sanitaria richiesta in copia semplice non autenticata ex Art. 15 par. 3 REG. UE 2016/679 (GDPR) e Sentenza Corte di Giustizia Europea del 26/10/2023, non è previsto il pagamento di alcun importo.

Per il rilascio di copie ulteriori rispetto alla prima di cui sopra e per il rilascio della documentazione sanitaria in copia conforme all'originale, è previsto il pagamento delle seguenti tariffe, compreso sempre il diritto di ricerca pari a € 1,50:

- da 1 a 15 pagine = € 10 + € 1,50 diritto di ricerca e visura, per complessive = € 11,50
- da 16 a 100 pagine = € 15 + € 1,50 diritto di ricerca e visura, per complessive = € 16,50
- oltre 100 pagine = € 30 + € 1,50 diritto di ricerca e visura, per complessive = € 31,50

CERTIFICAZIONI VARIE, REFERTI, CERTIFICATI DI RICOVERO: € 1.50 per diritto di ricerca + € 1.50 a foglio.

IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO **ANTICIPATAMENTE ALL'ATTO DELLA RICHIESTA** MEDIANTE BONIFICO BANCARIO.

Se viene richiesto l'invio per posta raccomandata dovrà essere aggiunto anche il pagamento delle spese postali che dovrà essere effettuato anticipatamente contestualmente al pagamento delle copie.

RIFERIMENTI

Ufficio Protocollo presso OSPEDALE DEL VALDARNO "S. Maria alla Gruccia" Piazza del Volontariato n. 2 52025 Montevarchi (AR), piano terra. Tel. 055/9106332 - 055/9106287

email protocollovaldarno@uslsudest.toscana.it Pec ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

IBAN: IT11Y0103014217000000622383

intestato a AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA SUD EST - BIC: PASCITM1J25

specificare nella causale "diritti di copia e segreteria cartella clinica [NOME TITOLARE DOCUMENTAZIONE] – Zona Valdarno"