



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano – Vasto - Chieti

Direzione Medica – Ufficio Cartelle Cliniche

MODULO DI RICHIESTA CARTELLA CLINICA / DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Richiesto al Presidio Ospedaliero di:

- ATESSA – Ospedale “San Camillo de Lellis” – Tel 0872 864220 - Email cartellecliniche.atesa@asl2abruzzo.it
- CHIETI – Policlinico “SS. Annunziata” – Tel 0871 357118 – 358385/6 – Email cartellecliniche.chieti@asl2abruzzo.it
- LANCIANO – Ospedale “F. Renzetti” – Tel 0872 706555 – Email cartellecliniche.lanciano@asl2abruzzo.it
- ORTONA – Ospedale “G. Bernabeo” – Tel 085 9172269 – Email cartellecliniche.ortona@asl2abruzzo.it
- VASTO – Ospedale “San Pio da Pietrelcina” – Tel 0873 308373 – Email cartellecliniche.vasto@asl2abruzzo.it

Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome

Nato a il CF

Residente a CAP Prov.....

In Via /Piazza n.

Telefono Email..... @

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA DI ESSERE (barrare la voce che interessa):

- INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- GENITORE ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
- TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (Allegare provvedimento)
- EREDE LEGITTIMO / TESTAMENTARIO IN QUANTO: CONIUGE FIGLIO ALTRO
- DELEGATO

IMPORTANTE: allegare fotocopia fronte/retro del Documento di Riconoscimento e Tessera Sanitaria dell'intestatario della cartella clinica e se diverso anche del richiedente.

Dati dell'Intestatario della cartella (non compilare se la persona richiedente è intestataria della cartella)

Cognome e Nome

Nato a il CF

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA :

- Cartella clinica** **Altra documentazione sanitaria**
- Ricovero dal al REPARTO
- Verbale di **Pronto Soccorso** del:
- Verbale di **Intervento 118** del: LOCALITA'
- ORARIO

- RITIRO ALLO SPORTELLO** **DA SPEDIRE**

Data: Firma del richiedente:



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano – Vasto-Chieti

Direzione Medica– Ufficio Cartelle Cliniche

MODALITA' PAGAMENTO DELLA CARTELLA CLINICA

Allegare la ricevuta del versamento effettuato su:

- **C.C.P. nr. 2512748**
AZIENDA SANITARIA LOCALE 02
Lanciano – Vasto – Chieti
Via dei Vestini, snc
66100 Chieti

- **BPER Banca S.p.A.**
IBAN: IT80W053871550000000549294
BIC/SWIFT BPMOIT22XXX

Causale: "Copia Cartella Clinica/Spedizione"

Importo per ogni ricovero:

- Per cartelle formatesi nell'ultimo anno dalla richiesta nella misura di **€ 12,00**;
- Per cartelle formatesi oltre 1 anno e fino a 5 anni dalla richiesta, nella misura di **€ 15,00**;
- Per cartelle formatesi oltre 5 anno e fino a 10 anni dalla richiesta, nella misura di **€ 20,00**;
da pagare dopo nostra comunicazione
- Per cartelle formatesi oltre 10 anni dalla richiesta, nella misura di **€ 25,00**; **da pagare dopo nostra comunicazione**

- In caso di spedizione della cartella clinica l'importo è di **€ 10,00**.
Invio tramite le Poste Italiane come posta raccomandata A.R..

Per le copie di Prestazione Pronto Soccorso e Intervento 118 l'importo è di € 0,40 a pagina **da pagare al momento del ritiro**.



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano – Vasto - Chieti

Direzione Medica – Ufficio Cartelle Cliniche

MODALITA' DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Chiedo che la consegna della documentazione avvenga secondo le seguenti modalità:

RITIRO ALLO SPORTELLO

DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a (DELEGANTE)

delego il/la Sig/ra (DELEGATO)

.....
Firma del delegante

.....
Firma del delegato

 **PRESENTARSI ALLO SPORTELLO CON I DOCUMENTI DI IDENTITÀ' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE**



SI RICHIEDE LA SPEDIZIONE ALL'INDIRIZZO DI CUI SOPRA O A QUELLO QUI DI SEGUITO SPECIFICATO:

Destinatario (Cognome e Nome)

Via /Piazza n.

Residente a CAP Prov.



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano – Vasto-Chieti

Direzione Medica– Ufficio Cartelle Cliniche

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente a _____ (Prov. _____) CAP _____

Via _____ n. _____ Tel _____

DICHIARA DI ESSERE

Grado di parentela _____

Del defunto _____

e in qualità di legittimo erede chiede copia conforme della cartella clinica.

Genitore esercente la patria potestà sul minore:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____.

Tutore di:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ nominato con provvedimento del Tribunale di _____ del _____.

Curatore di:

Cognome _____ Nome _____ nato

a _____ il _____ nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ del _____.

Amministratore di sostegno di:

Cognome _____ Nome _____ nato

a _____ il _____ nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ del _____.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di informazione e/o uso di atti falsi, di dichiarazioni mendaci o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 nr 445.

Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

(luogo e data)

Il dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)



Informativa per spedizione a mezzo postale di esami e referti contenuti in cartella clinica ed altri documenti contenenti dati sanitari

Revisione 1.1
ottobre '23

REGIONE ABRUZZO – ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER SPEDIZIONE A MEZZO POSTALE DEI REFERTI CONTENUTI NELLA CARTELLA CLINICA ED ALTRI DOCUMENTI CONTENENTI DATI SANITARI ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Gentile utente,

in attuazione del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito “Regolamento”) la ASL2 Lanciano Vasto Chieti, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, con il presente documento la informa sulle finalità e le modalità di utilizzo dei suoi dati personali nell'ambito del processo di gestione della trasmissione di esami e referti contenuti in cartella clinica da parte delle UU.OO. ospedaliere e territoriali di questa ASL. Ella viene informato anche sull'esercizio dei suoi diritti (Artt. 15 – 22 del Regolamento).

I dati personali che saranno raccolti su sua indicazione (ad es: dati anagrafici, recapito, tessera sanitaria, codice fiscale, ecc.) e, se forniti, anche i dati relativi alla sua salute, utilizzati per la gestione della trasmissione di esami e referti contenuti in cartella clinica sono utilizzati dal personale dell'Azienda, nel rispetto del segreto professionale e del segreto d'ufficio e secondo i principi della normativa in materia di protezione dei dati personali (privacy).

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la ASL 2 Lanciano Vasto Chieti, con sede in via Dei Vestini snc, Palazzina N ex Palazzina SE.BI. 66100 Chieti (Italia), E-mail: direzione.generale@asl2abruzzo.it; PEC: info@pec.asl2abruzzo.it, centralino telefonico tel. 0871.3571

Il Responsabile per la Protezione Dati – RDP (o DPO)

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo e-mail: dpo@asl2abruzzo.it.

Base giuridica e Finalità del trattamento

Alla luce degli Artt. 2-septies e 75 del Codice in materia di protezione dei dati personali e dell'art.9, paragrafo 2, lettere a) h) ed i) e 3 del GDPR, i trattamenti dei Suoi dati personali (comprensivi di quelli appartenenti a categorie particolari di dati, ad es, quelli riguardanti lo stato di salute) non rendono necessario il Suo consenso, quando vengono effettuati dalla ASL2 Lanciano Vasto Chieti nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali, comprensivi delle attività amministrative ad essi correlate e relative alle seguenti finalità:

- informazioni sull'organizzazione e le attività dell'Azienda sanitaria locale
- orientamento e accoglienza utenti

Per le seguenti finalità è richiesto il suo esplicito consenso da esprimersi liberamente in calce alla presente informativa:

- invio dei referti di esami a mezzo posta tradizionale
- delega al ritiro dei referti di esami

Periodo di Conservazione o criteri per determinare tale periodo

Per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali, presenti nei documenti amministrativi e sanitari si fa riferimento al Massimario di Conservazione e Scarto della ASL2 Lanciano Vasto Chieti. In particolare i dati personali e particolari relativi a ciascun episodio di ricovero, che confluiscono nella cartella clinica, sono conservati per un periodo di tempo illimitato. Il massimario di scarto è disponibile al seguente https://archivi.cultura.gov.it/fileadmin/risorse/massimari_scarto/Aziende_ospedaliere_2001.pdf.

Categorie di Dati Personali

- ✓ Dati personali: dati anagrafici (art. 4.1)
- ✓ Dati personali: indirizzo postale
- ✓ Dati personali: estremi documenti di riconoscimento
- ✓ Particolari categorie di dati personali (art.9): dati relativi alla salute dell'interessato

Ambito di Comunicazione dei Dati (Destinatari)

I Suoi dati saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio.

I Suoi dati personali all'interno della ASL2 Lanciano Vasto Chieti sono trattati esclusivamente da personale specificatamente nominato quale “soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali”, con o senza delega, a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento.

I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, ai seguenti soggetti:

- ✓ Regione/Agenzia regionale di sanità, altra Azienda Sanitaria, Direzione Provinciale del Lavoro, Autorità Sanitaria (Sindaco)
- ✓ professionisti coinvolti nella gestione clinico assistenziale;
- ✓ altri soggetti pubblici o privati (che svolgono attività istituzionale per conto della Azienda);
- ✓ Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché dalle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.



Informativa per spedizione a mezzo postale di esami e referti contenuti in cartella clinica ed altri documenti contenenti dati sanitari

Revisione 1.1
ottobre '23

Modalità di Trattamento dei Dati Personali

Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di mezzi informatici e/o cartacei, i suoi dati personali sono, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo della ASL2 Lanciano Vasto Chieti, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento", nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee e/o informatiche.

Tutti i Suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei Principi applicabili al trattamento di dati personali secondo quanto previsto dall'Art. 5 del Regolamento.

Diritti dell'interessato

Ella può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento:

- ✓ Accesso (art. 15 del Regolamento)
- ✓ Rettifica (art. 16 del Regolamento)
- ✓ Cancellazione (oblio) (art. 17 del Regolamento): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- ✓ Limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento)
- ✓ Portabilità (art. 20 del Regolamento): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- ✓ Opposizione al trattamento, (art. 21 del Regolamento)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Ella può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai seguenti riferimenti: dpo@asl2abruzzo.it e ufficio.privacy@asl2abruzzo.it.

Diritto di Proporre reclamo all'Autorità di controllo – Artt. 77, 79

Ella, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Per presa visione della presente informativa, data/firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, fornitemi ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) il sottoscritto

.....
nato a..... il residente a
.....

ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali conferiti, esclusivamente ai fini della trasmissione:

- della copia cartacea della cartella clinica;
- di altri documenti contenenti dati sanitari;

da parte della ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti come da richiesta in data/...../..... *

Data

FIRMA leggibile _____

* Nota per l'operatore addetto al rilascio: il presente documento deve essere conservato insieme alla richiesta di rilascio della documentazione sanitaria.