

S.S.A. LIBERA PROFESSIONE E SERVIZI AL CITTADINO

C.F. – P.I. 01640560064

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ documento d'identità _____ tel. _____,

residente a _____ cap _____ via _____

chiede, ai sensi del D. Lg. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii., la copia della cartella clinica relativa a: ☐ proprio ricovero

☐ ricovero di _____ (grado di parentela o di affinità _____)

in quanto: ☐ minore - ☐ impossibilità documentata alla firma - ☐ avente diritto ai sensi di legge -

☐ deceduto/a (presentare copia dichiarazione morte o altra idonea certificazione sostitutiva)

presso il reparto di _____ data _____

(SDO _____ archiviata il _____ scatola _____)
compilazione a cura dell'ufficio

presso il reparto di _____ data _____

(SDO _____ archiviata il _____ scatola _____)
compilazione a cura dell'ufficio

presso il reparto di _____ data _____

(SDO _____ archiviata il _____ scatola _____)
compilazione a cura dell'ufficio

Prende atto che:

⇒ il costo dovuto a **cartella** viene calcolato come disposto dalla deliberazione n. 373/2020 e s.m.i. e precisamente:

- per i primi 50 fogli € 10,00 con pagamento anticipato all'atto della richiesta;
- ulteriore conguaglio, a rendiconto definitivo:
 - da 51 a 150 fogli € 10,00 (costo totale € 20,00);
 - da 151 a 300 fogli € 20,00 (costo totale € 30,00);
 - da 301 a 600 fogli € 30,00 (costo totale € 40,00);
 - oltre i 601 fogli ulteriori € 10,00 ogni 300 fogli;
- I.V.A. fuori campo per ogni tipologia di pagamento (Circolare Agenzia delle Entrate n. 75/2001);

⇒ il pagamento dovrà avvenire in uno dei seguenti modi:

- a) direttamente presso l'ufficio cartelle cliniche con carta elettronica (bancomat o carta di credito);
- b) a mezzo bollettino di C/C postale n. 12171153 – "Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo";
- c) tramite bonifico all'Istituto bancario **Intesa Sanpaolo** - IBAN: **IT 86 C 03069 10400 100000046537**

Per i punti b) e c) occorre indicare la causale: "Rilascio copia Cartella Clinica – sig./ra _____";

⇒ la copia della cartella verrà conservata per **giorni 30 (trenta)** dalla data comunicata per il ritiro, decorso tale termine, se l'importo dovuto rientra nella tariffa forfetaria versata, sarà distrutta altrimenti l'Azienda si riserva di procedere nelle sedi competenti per il recupero della restante parte del credito.

Alessandria,

Firma

S.S.A. LIBERA PROFESSIONE E SERVIZI AL CITTADINO

C.F. – P.I. 01640560064

Chiede inoltre che il documento richiesto venga inviato con **spese postali a proprio carico** (raccomandata R/R) come di seguito esplicitato:

- fino a 50 fogli € 8,00 con pagamento anticipato all'atto della richiesta;
- da 51 a 410 fogli € 1,00 (costo totale € 9,00); - 411 a 610 fogli € 5,00 (costo totale € 13,00);
- da 611 a 1.035 fogli € 7,00 (costo totale € 15,00); - 1.036 a 2.075 fogli € 9,00 (costo totale € 17,00);

Tali tariffe su esposte potrebbero subire variazioni da parte di Poste Italiane s.p.a.

il pagamento dovrà avvenire in uno dei modi di cui alla pagina precedente.

Il richiedente altresì esonera l'A.O. da qualunque responsabilità derivante dalla mancata/tardiva consegna del plico.

Firma

N.B.: richieste inviate a mezzo fax (0131.206149) o mail (cartellecliniche@ospedale.al.it) dovranno essere corredate dalla ricevuta dell'avvenuto pagamento e da copia del documento di riconoscimento

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'A.O.U. di Alessandria, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'A.O.U. AL, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'A.O.U. di Alessandria è presentata contattando il D.P.O.: telefono 0131.206710, indirizzo email: trasparenza@ospedale.al.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Firma leggibile del dichiarante

Registro n. del

La cartella di è stata fotocopiata in data da

Pagine Costo fotocopiatura €,00 acconto €,00 totale da versare €,00

è stata consegnata in data da