

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

C.F. – P.I. 01640560064

RICHIESTA COPIA DI SCHEDA EPISODIO

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 scheda di accesso D.E.A. del relativa a:

☐ richiedente

☐ (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)

Prende atto che:

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

↳ pagamento anticipato della tariffa forfetaria di **€ 3,00**, a scopo cauzionale, 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 scheda episodio – sig./ra";

↳ ulteriore conguaglio, a rendiconto definitivo, oltre 5 fogli € 0,25 a facciata;

↳ I.V.A. fuori campo per ogni tipologia di pagamento (Circolare Agenzia delle Entrate n. 75/2001);

⇒ la copia della scheda verrà conservata per **giorni 30 (trenta)** dalla data convenuta per il ritiro, decorso tale termine, sarà distrutta; l'Azienda si riserva di procedere nelle sedi competenti per il recupero eventuale della restante parte del credito.

Alessandria,

Firma

Si chiede che il documento richiesto venga inviato, con integrata l'eventuale differenza dovuta, con **spese postali a proprio carico**, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, **€ 5,15** con pagamento anticipato in uno dei modi sopra esposti, e riconosce il diritto all'A.O. di Alessandria di procedere nelle sedi competenti in caso di mancato ritiro del plico per il recupero delle spese dovute.

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

Registro n. del

Il documento richiesto è stato fotocopiato in data da

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

è stata consegnata in data da

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

C.F. – P.I. 01640560064

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