

S.C. AREA PROCESSI AMMINISTRATIVI

C.F. – P.I. 01640560064

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA PEDIATRICA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. ____ il _____ documento d'identità _____ tel. _____,
residente a _____ 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 al ricovero del minore: _____

(grado di parentela o di affinità _____ fino al quarto grado)

presso il reparto di _____ data _____ SDO _____

(* ulteriori ricoveri vedere retro)

Prende atto che:

- ⇒ il costo dovuto viene calcolato come disposto dalla deliberazione n. 373/2020 e precisamente:
 - ↳ pagamento anticipato della tariffa forfetaria di **€ 10,00**, a scopo cauzionale, **a cartella** in uno dei seguenti modi:
 - a) direttamente presso le apposite apparecchiature per la riscossione (punto giallo) selezionando il tasto "copia atti amministrativi";
 - 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 UBI Banca s.p.a. - IBAN: IT62 S 03111 10400 000000004529Per i punti b) e c) occorre indicare la causale: "Rilascio copia Cartella Clinica – di";
 - ↳ ulteriore conguaglio, a rendiconto definitivo, come precisato:
 - 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 **ritiro** del documento richiesto dovrà avvenire presso **Ufficio Cartelle Cliniche del p.o. SS. Antonio e Biagio** (ospedale civile) via Venezia 16, piano terra corridoio di destra, dal lunedì al venerdì dalle 08.30 alle 12.30;
- ⇒ la copia della cartella verrà conservata per **giorni 30 (trenta)** dalla data convenuta 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 _____

Si chiede che il documento richiesto venga inviato con spese postali a proprio carico (contrassegno) e con integrata l'eventuale differenza dovuta, 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 (posta@ospedale.al.it) dovranno essere corredate dalla ricevuta dell'avvenuto pagamento e da copia del documento di riconoscimento

Registro n. del

La cartella richiesta è stata fotocopiata in data e risulta composta da n. fogli.

In data tale copia viene ritirata / trasmessa all'interessato.

Il dirigente amministrativo
dr.ssa Patrizia Negri

S.C. AREA PROCESSI AMMINISTRATIVI

C.F. – P.I. 01640560064

(*) Ulteriori ricoveri:

presso il reparto di _____ data _____ SDO _____

presso il reparto di _____ data _____ SDO _____

presso il reparto di _____ data _____ SDO _____

N.B.: per ogni cartella richiesta dovrà essere versato il forfettario di € 10,00, a scopo cauzionale, che verrà conteggiato cumulativamente e versato nei modi indicati nel pagina precedente

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. 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. 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. 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