

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

In accordo all'**Istruzione interna IO-QUA-03 Gestione dei documenti** per la richiesta di copia conforme della Cartella Clinica occorre:

1. Compilare il modulo a pagina 2;
2. Allegare al modulo, debitamente compilato, copia del pagamento della quota di **€ 45,00** effettuato su CCB

Intestato a: **GERESS s.r.l.**

IBAN: **IT 25 U 08327 39030 00000000 9402**

CAUSALE: **Richiesta Copia Conforme Cartella Clinica Ospite** _____

3. Inviare i documenti di cui al punto 2 al seguente indirizzo e-mail: segreteria@collecesarano.com

N.B: Alla richiesta deve essere sempre allegata copia del documento del richiedente (ospite e/o delegato).

Si riporta di seguito un elenco indicativo dei destinatari autorizzati:

- ❖ Intestatario della documentazione, Amministratore di Sostegno, Tutore;
- ❖ Terzo delegato, previa identificazione personale, (con delega firmata dall'ospite cui la documentazione si riferisce).
- ❖ Autorità giudiziaria, in seguito ad ordine o sequestro. Nel caso che l'Autorità Giudiziaria dichiari necessaria l'acquisizione del documento originale, una copia del medesimo deve essere creata contestualmente alla consegna dell'originale e conservata agli atti dell'ufficio amministrativo della Struttura, unitamente all'ordine o al verbale di sequestro dell'Autorità Giudiziaria;
- ❖ Consulente Tecnico d'Ufficio o Perito d'Ufficio, dietro esibizione dell'atto di nomina del tribunale;
- ❖ Richiesta della ASL di competenza al Medico Responsabile /Responsabile sanitario;
- ❖ Richiesta da parte del Medico di Base al Medico Responsabile /Responsabile sanitario;
- ❖ Richiesta da parte di altre Aziende Sanitarie pubbliche, private ed ospedali al Medico Responsabile /Responsabile sanitario.
- ❖ Nel caso di un ospite deceduto è necessario la presentazione della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli eredi legittimi. (In alternativa è sufficiente un'autocertificazione nella quale bisogna dichiarare sotto la propria responsabilità che si è un "legittimario" erede).

4. La copia conforme non può essere spedita pertanto l'amministrazione contatterà il richiedente per il ritiro.

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a a: _____

il _____ Telefono _____

Documento di riconoscimento N.: _____

Rilasciato da: _____

CHIEDE IL RILASCIO DI

Copia conforme della cartella sanitaria dell'ospite _____

Per le seguenti finalità: _____

Si ricorda che eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia conforme della cartella sanitaria e dell'eventuale scheda di dimissione da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è documentata dalla giustificata necessità di

- Far valere o difendere in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26 comma 4 lettera c, di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile.
- Di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la suddetta documentazione sanitaria sarà disponibile entro sette giorni dalla data di presentazione della richiesta con eventuali integrazioni entro ulteriori trenta giorni, e inoltre DICHIARA sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere e di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Il richiedente si impegna a ritirare il documento entro 30 giorni da quanto è pronto per la consegna, dopo tale data la copia prodotta verrà distrutta e dovrà essere attivata una nuova procedura di richiesta.

CHIEDE INOLTRE che il ritiro della documentazione avvenga:

da parte dell'intestatario o da un suo delegato _____

Autocertificazione Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze dichiara che quanto sopra riportato corrisponde a verità e di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini dell'adempimento della presente richiesta.

Li _____ il / / _____ Il richiedente Firma per esteso: _____

N.B. Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy, è indispensabile, al momento del ritiro, esibire un documento di riconoscimento

Informativa sulla tutela dei dati personali forniti ai fini della richiesta di copia della cartella clinica o di altra documentazione prodotta presso il titolare in occasione del ricovero di _____ ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

La Geress s.r.l ha nominato un Responsabile per la Protezione dei Dati Personali, i cui dati sono consultabili nel sito www.collecesarano.it, reperibile al seguente recapito dpo@korian.it La Geress tratta i Suoi dati personali, raccolti direttamente in modalità cartacea e elettronica (servers, database in cloud, software applicativi etc.) e conservano le Sue informazioni personali solo per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono state raccolte, ovvero per i tempi previsti da specifiche normative. In ogni momento ha il diritto di ottenere dal Titolare, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento). Inoltre ha il diritto di revocare il consenso eventualmente prestato in ogni momento e di rivolgersi alle competenti Autorità per tutelare i propri diritti. Per esercitare i Suoi diritti, potrà inviare una email ai seguenti indirizzi fornendoci le informazioni necessarie ad identificarLa: segreteria@collecesarano.com

Il Titolare, raccoglie i seguenti dati:

- dati identificativi e di contatto (ad esempio nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo, numeri di telefono, indirizzo e-mail, numero di iscrizione al S.S.N.);
- dati assicurativi, contabili, fiscali (necessari per la fatturazione e la gestione contabile della posizione amministrativa) e previdenziali (relativi alla presenza ad esempio di attribuzioni di pensioni di invalidità o similari). Il Titolare tratta i Suoi dati personali per le seguenti finalità:
- gestire l'anagrafica dell'interessato (Base giuridica: esecuzione di prestazioni contrattuali e pre contrattuali);
- adempiere agli obblighi derivanti da leggi di fonte primaria e secondaria, anche di derivazione europea o da disposizioni delle Autorità (Base giuridica: esecuzione di obblighi normativi);
- adempiere agli obblighi di natura contabile e fiscale eventualmente connessi e conseguenti all'esecuzione della prestazione richiesta (Base giuridica: esecuzione di obblighi normativi);
- comunicare, a mezzo posta, email o telefono, le offerte relative ai beni e ai servizi resi (la base giuridica è il consenso dell'interessato);
- inviare la newsletter informativa anche al fine di aggiornare l'interessato in merito alle iniziative ed agli eventi promossi e/o sponsorizzati (la base giuridica è il consenso dell'interessato);
- svolgere attività di profilazione per effettuare azioni di marketing comportamentale (la base giuridica è il consenso dell'interessato);

Non comunichiamo le Sue informazioni personali ad altre terze parti senza la Sua autorizzazione, a meno che non ricorrano circostanze particolari, ovvero quando la Sua salute o quella di qualcun altro sia in pericolo o quando sia richiesto dalla legge o da un'Autorità:

- nel caso in cui sia necessario per motivi di sicurezza ed igiene nazionale;
- in relazione ad una richiesta proveniente dalle Autorità pubbliche.
- alle Assicurazioni o a qualsiasi altro soggetto o Ente preposto o funzionale alla tutela di un diritto o di un interesse della Geress.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a _____

Il _____ CF: _____

- Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la sua responsabilità (art. 46 e 47 DPR 18.12.2000 n. 445);
- Ricevuta l'informazione, pubblicata anche sul sito <http://www.collecesarano.it>

Dichiara di aver compreso le informazioni fornite e presta liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Azienda titolare del trattamento

ACCONSENTO CHE I MIEI DATI PERSONALI SIANO TRATTATI AL FINE DI EFFETTUARE LA PROCEDURA DI RILASCIO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE PRODOTTA PRESSO IL TITOLARE IN OCCASIONE DEL RICOVERO

DI _____

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni

SI

NO

Li _____ il ____ / ____ / ____ Il richiedente Firma per esteso: _____

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo ente salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età.
In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia).

----- Spazio riservato all'ufficio -----

CARTELLA SANITARIA N.

DATA RITIRO: ____ / ____ / ____

FIRMA PER RICEVUTA _____