

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
UFFICIO RILASCIO CARTELLE CLINICHE
Tel. 0746278360 - mail: archivio.cartellecliniche@asl.rieti.it
pec: richiestacartellecliniche.asl.rieti@pec.it

(MOD.1)

MODULO RICHIESTA RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA A MEZZO POSTA ELETTRONICA

Informativa:

Egregio Signore, Gentile Signora,
nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dati personali, ad integrazione di quanto già indicato nell'informativa generale dell'ASL di Rieti (consultabile nella sezione privacy del sito istituzionale www.asl.rieti.it), con la presente vogliamo informarla del fatto che, qualora Lei volesse, potremo trattare i Suoi dati personali comuni e appartenenti a categorie particolari (in particolare quelli contenuti nella documentazione sanitaria), allo scopo di dar seguito alla richiesta di acquisizione di copia della documentazione sanitaria mediante l'invio a mezzo posta elettronica (pec o e-mail) all'indirizzo che vorrà indicarci. Base giuridica del trattamento si rinviene nell'espresso consenso dell'interessato (artt. 6, par. 1 lett. a e 9 par. 2 lett. a del Regolamento 2016/679/UE).

Precisiamo che il servizio in questione è **assolutamente facoltativo** e che, in alternativa, permangono disponibili le altre modalità di ottenimento della medesima documentazione (consegna diretta a mani, raccomandata a/r, accesso mediante SPID) meglio dettagliate nella relativa sezione del sito web istituzionale (<https://www.asl.rieti.it/come-fare-per/rilascio-copia-di-cartella-clinica>).

È opportuno che Lei sappia che, qualora abbia scelto di aderire al suddetto servizio, Lei mantiene la possibilità di cambiare idea manifestando questa Sua scelta rivolgendosi ai recapiti sopra indicati sino al momento della spedizione da parte nostra della documentazione in questione.

In nessun caso i dati che La riguardano verranno diffusi.

In riferimento all'indirizzo e-mail che, più oltre nel presente modulo, deciderà di indicarci quale recapito per la ricezione della documentazione, precisiamo che:

- sino al momento della spedizione da parte nostra della documentazione è sempre concessa all'interessato la possibilità di modificare, rivolgendosi al Titolare del trattamento ai recapiti sopra indicati, l'indirizzo di posta elettronica ove ricevere quanto richiesto;
- nell'eventualità in cui l'interessato ci comunichi il furto o lo smarrimento delle credenziali di autenticazione alla casella e-mail indicata o altre condizioni di possibile rischio per la riservatezza dei propri dati personali, provvederemo immediatamente ad interrompere la procedura di spedizione per posta elettronica sino a quando non ci comunicherà un nuovo indirizzo sicuro;
- l'invio della documentazione avverrà sempre in forma di allegato a un messaggio di posta elettronica e non come testo compreso nell'oggetto e/o nella *body part* del messaggio;
- il file contenente la documentazione sarà protetto a mezzo di password per l'apertura del file onde impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse da parte di soggetti diversi da quello cui sono destinati. La password del file le sarà resa nota tramite apposita comunicazione vocale ovvero sms inoltrato al recapito telefonico (personale) che, di seguito, vorrà indicarci. **Tale cautela può non essere osservata solo qualora ne faccia espressa e consapevole richiesta compilando l'apposita sezione del presente modulo.** In questo ultimo caso la documentazione verrà inviata come allegato **NON** protetto da password. Si raccomanda particolare cautela nell'adesione a questa modalità di invio per sua natura meno sicura per la tutela della riservatezza dell'interessato.

I dati raccolti verranno conservati sino a quando si procederà all'invio della documentazione richiesta e fatto salvo ogni eventuale obbligo di legge.

Ogni interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15 e s. del Regolamento 2016/679/UE fra i quali quello di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di **opporsi al loro trattamento**. L'interessato ha anche il diritto di revocare il consenso espresso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al titolare del trattamento ai recapiti sopra indicati e anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato con riferimento a questo servizio avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

FIRMA per presa visione (leggibile) _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

TEL / CELLULARE _____

IN QUALITÀ DI (selezionare opzione):

- Intestatario
- Erede legittimario con il seguente grado di parentela _____ erede testamentario dell'Intestatario defunto _____
(in questo caso allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – MODULO “A”, copia del documento identità ed eventuale documentazione comprovante il titolo)
- Esercente la responsabilità genitoriale Affidatario/Tutore/Curatore/assistente di sostegno sull'Intestatario _____
(in questo caso allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – MODULO “B”, copia del documento di identità ed eventuale documentazione comprovante il titolo)
- Delegato
(in questo caso allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà – MODULO “C” e copia del documento di identità del delegante e del delegato)
- Altro (specificare) _____

Dati dell'Intestatario della cartella clinica (**non compilare se coincide con il soggetto richiedente**)

COGNOME E NOME _____

LUOGO e DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

DICHIARA

di aver letto e compreso l'informativa che precede per il trattamento dei dati personali in relazione al servizio di invio via posta elettronica della documentazione sanitaria e con la presente

AUTORIZZA la ASL di Rieti ad inviare all'indirizzo e-mail/pec _____ (IN STAMPATELLO)

la seguente documentazione:

- Copia della cartella clinica Copia della Cartella clinica di Pronto Soccorso
- Ricovero dal _____ al _____ REPARTO _____
- Ricovero dal _____ al _____ REPARTO _____
- Ricovero dal _____ al _____ REPARTO _____

AUTORIZZA / NON AUTORIZZA l'ASL di Rieti ad inviare la documentazione richiesta in file **NON PROTETTO DA PASSWORD.**

Data _____

Firma del richiedente (*leggibile*) _____

Allegare ricevuta di pagamento e copia fronte/retro di un documento di riconoscimento dell'intestatario.

Nel caso di delega si richiede di allegare l'atto di delega e fotocopia di documento del delegante e del delegato.

NOTA BENE:

- Le richieste devono essere compilate in stampatello e qualora prive di firme e di copia del documento di identità non potranno essere accolte.
- È necessario specificare sempre nel modulo di richiesta l'Indirizzo di posta elettronica (pec o e-mail) al quale spedire la documentazione e indicare il numero di telefono del richiedente e dell'eventuale delegato.
- La cartella clinica non contiene documentazione per immagini (es. Radiografie, tac, risonanze etc.). Per ottenere tali referti si invitano gli utenti a recarsi presso le Unità Operative dove è stato effettuato l'esame.
- Per i ricoveri avvenuti contemporaneamente ad un accesso in Pronto Soccorso è sufficiente richiedere la sola copia della cartella clinica in quanto il verbale di Pronto Soccorso è incluso nella cartella clinica di degenza.
- I tempi per la fruizione della documentazione sanitaria sono quelli previsti dalla normativa vigente al momento della richiesta.

FIRMA per presa visione (leggibile) _____