

**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**  
**DIRETTORE ff: DR. MASSIMILIANO ANGELUCCI**  
**UFFICIO RILASCIO CARTELLE CLINICHE**  
Tel. 0746278360 - mail: [archivio.cartellecliniche@asl.rieti.it](mailto:archivio.cartellecliniche@asl.rieti.it)  
pec: [richiestacartellecliniche.asl.rieti@pec.it](mailto:richiestacartellecliniche.asl.rieti@pec.it)

## MODULO RICHIESTA RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

### IL SOTTOSCRITTO

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_ PEC/Email \_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI

- Avente diritto intestatario
- Erede dell'Intestatario con il seguente grado di parentela \_\_\_\_\_
- Esercente la potestà genitoriale sull'Intestatario
- Delegato (in questo caso inserire modello di delega)
- Tutore/Curatore dell'Intestatario (allegare documentazione comprovante questo titolo)
- Delegato (allegare modulo delega)
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**(Allegare copia fronte/retro di un documento di riconoscimento dell'intestatario, ovvero un'autocertificazione sostitutiva di certificazione e/o di atto notorio ex artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., attestante la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario. Nel caso di delega si richiede di allegare l'atto di delega, fotocopia di documento, e dichiarazione sostitutiva di atto notorio).**

CHIEDE

- Copia cartacea della cartella clinica
- Copia cartacea della Cartella clinica di Pronto Soccorso del \_\_\_\_\_

Da inviare al seguente indirizzo di residenza/domicilio: \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ DIVISIONE \_\_\_\_\_

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ DIVISIONE \_\_\_\_\_

**L'Ufficio procede all'invio della documentazione cartacea tramite Poste Italiane, con spese a carico del destinatario da corrispondere all'atto della consegna per un importo di Euro 7,00.**

**Allegare ricevuta di pagamento:**

- **di Euro 10,33 per le richieste di cartella clinica, di Euro 5,08 per le richieste di cartella clinica di Pronto Soccorso da effettuare presso i CUP aziendali o tramite versamento sul c/c postale n. 10416022 o con bonifico bancario sul c/c identificato da codice IBAN it 15 K 01005 14600 000000218110**

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445
2. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la ASL Rieti La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell'art. 7 del suddetto D.Lgs, può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo.

FIRMA \_\_\_\_\_ RIETI lì \_\_\_\_\_

RICHIESTA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA INFORMAZIONI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 La Asl di Rieti con sede in Via del Terminillo 42, 02100 Rieti - Centralino 0746.2781 - PEC: [asl.rieti@pec.it](mailto:asl.rieti@pec.it) quale Titolare del trattamento, con la presente la informa che i dati che ci vengono conferiti anche telematicamente mediante il presente modulo e relativi allegati sono trattati per fornire la documentazione richiesta e per tutte le attività amministrative connesse. Base giuridica dei trattamenti in questione è da rinvenirsi nella necessità di dare esecuzione alle richieste degli interessati. A tale finalità potrà aggiungersi la necessità di tutelare, anche in giudizio, i diritti e gli interessi dell'ASL, dei suoi dipendenti e assimilabili, dei pazienti e/o di terzi. I dati saranno conservati per il tempo necessario alla corretta e completa erogazione della prestazione richiesta e per il successivo anno, fatta salva la gestione dell'eventuale contenzioso. Il conferimento di tutti i dati richiesti è necessario e l'eventuale rifiuto di fornirli rende impossibile dare seguito alla richiesta. I dati saranno conosciuti da personale sanitario e/o amministrativo dell'ASL di Rieti appositamente autorizzato al relativo trattamento e potranno essere oggetto di comunicazione, se previsto da norma di legge o di regolamento, a Pubbliche Amministrazioni, Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine e consulenti legali e/o assicurativi per la gestione del contenzioso. I dati non sono soggetti a diffusione. Infine, informiamo gli interessati che, sui dati trattati dall'ASL di Rieti, è loro facoltà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento. Gli interessati, in particolare, hanno il diritto in qualunque momento di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che li riguarda, hanno infine il diritto di opporsi al trattamento. Tali diritti potranno essere esercitati inviando una richiesta all'ASL di Rieti, Titolare del trattamento, all'indirizzo della sede aziendale, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati sempre contattabile all'indirizzo e-mail [dpo@asl.rieti.it](mailto:dpo@asl.rieti.it). Gli interessati che ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti, effettuato dall'Asl di Rieti, avvenga in violazione di quanto statuito dal Regolamento potranno proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), come previsto dall'art. 77 del Regolamento medesimo o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).