

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: [asl.rieti@pec.it](mailto:asl.rieti@pec.it)  
[www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it) C.F. e P.I. 00821180577  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
Referente: Dr. Gianluca Fovi De Ruggiero  
Pec [dipartimentoprevenzione.asl.rieti@pec.it](mailto:dipartimentoprevenzione.asl.rieti@pec.it)  
[e.mail.dipartimentoprevenzione@asl.rieti.it](mailto:e.mail.dipartimentoprevenzione@asl.rieti.it)  
[Segreteria : tel 0746/279814-9842-9802](tel:0746/279814-9842-9802)

MODELLO A

## **RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

### **DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
estremi del documento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

- se minore, autocertificare la potestà genitoriale (**allegare modulo B**)  
 se deceduto, indicare la relazione di parentela in qualità di erede legittimo (**allegare modulo C**)

### **DATI DEL RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
estremi del documento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

**CHIEDE** il rilascio di copia della seguente documentazione sanitaria:

- |   |                |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Verbale o Cartella Clinica di Pronto Soccorso (copie successive alla prima)  | <b>€ 5,00</b>  |
| <input type="checkbox"/> Cartella Clinica di Day Hospital/Day Surgery o di Ricovero Ordinario su CD   | <b>€ 5,00</b>  |
| <input type="checkbox"/> Cartella Clinica di Day Hospital/Day Surgery o di Ricovero Ordinario in formato cartaceo<br>(per n. 20 fogli e € 0,05 per ogni pagina successiva)                    | <b>€ 10,33</b> |
| <input type="checkbox"/> Relazione clinica con diagnosi e iter diagnostico-terapeutico  | <b>€ 10,00</b> |
| <input type="checkbox"/> Riproduzione di esami radiografici (RX, TAC, risonanze e coronografie) su CD (cadauno)   | <b>€ 5,00</b>  |
| <input type="checkbox"/> Copie di pellicole radiografiche per esami TAC e RM<br>(per una pellicola formato cm 35x43, oltre € 4,50 per ogni ulteriore pellicola stampata dello stesso formato) | <b>€ 6,50</b>  |
| <input type="checkbox"/> Copie di lastre radiografiche o riproduzione su CD   | <b>€ 5,00</b>  |
| <input type="checkbox"/> Altra documentazione sanitaria ( <b>allegare modulo D</b> )  | <b>€ 5,00</b>  |

Specificare: \_\_\_\_\_  
riferita al periodo \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_

A tal fine, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il pagamento della suddetta documentazione deve essere effettuato presso i CUP aziendali.

E' altresì consentito il versamento su conto corrente bancario intestato ad ASL Rieti – IBAN: **IT 15 K 01005  
14600000000218110**, inviando la richiesta e la ricevuta di pagamento via e-mail all'indirizzo concordato con l'Ufficio interessato a seguito del primo contatto ricevuto. Per la richiesta di riproduzione di esami radiografici e coronografie non è consentita la modalità via e-mail.

**N.B. Nella causale di versamento, inserire i dati di riferimento della richiesta in stampatello.**

**RICHIESTA DI SPEDIZIONE:**

**VIA PEC** al seguente indirizzo elettronico (scrivere in stampatello): \_\_\_\_\_

**VIA E-MAIL** al seguente indirizzo elettronico (scrivere in stampatello): \_\_\_\_\_

**AL DOMICILIO** tramite Poste Italiane con raccomandata semplice al costo di:

€ 7,00 cadauno in tutta Italia

€ 12,00 cadauno al di fuori dell'Italia

Si chiede che detta documentazione venga recapitata al seguente indirizzo (se diverso da quello sopra indicato):

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, inoltre, **DICHIARA:**

1. ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., che regola il trattamento dei dati personali, consapevolmente di accettare che il recapito della documentazione richiesta avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, il quale prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es. familiare, portiere dello stabile), sollevando pertanto la ASL Rieti da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della corrispondenza da parte di terzi non autorizzati;
2. 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;
3. ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, di aver letto e compreso le informazioni rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del citato Regolamento riportate in calce al presente modulo.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si informa che la documentazione sanitaria, una volta riprodotta, è disponibile 6 mesi per il ritiro, trascorsi i quali sarà distrutta senza diritto al rimborso.

**Si ricorda inoltre all'utenza di munirsi di delega (allegare modulo E) e del documento di identità del delegante (in originale o in copia controfirmata dal titolare) nel caso in cui il ritiro della documentazione sanitaria venga effettuato da terzi.**

**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 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. 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), come previsto dall'art. 77 del Regolamento medesimo o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).