

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

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

UOC DISTRETTO 2 SALARIO MIRTENSE

Email: segreteriadistretto2@asl.rieti.it

(MOD.4)

MODULO RICHIESTA RILASCIO ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(ambulatoriali, APA, PAC, Preospedalizzazione, materno infantile, Dsm, ecc.)

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

CELLULARE _____ PEC/Email _____

IN QUALITÀ DI (selezionare opzione):

☐ Intestatario

☐ Erede legittimario con il seguente grado di parentela _____ o ☐ 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 documentazione oggetto della richiesta **(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 segue per il trattamento dei dati personali in relazione al servizio di richiesta copie della documentazione sanitaria e con la presente

CHIEDE

Cartella (selezionare opzione):

☐ preospedalizzazione; ☐ APA; ☐ PAC; ☐ ambulatoriale; ☐ Hospice;

☐ Altra documentazione sanitaria in tal caso specificare:

Ambulatorio/reparto _____

Tipologia di certificazione _____

Data accesso _____

MODO DI RICEZIONE (selezionare opzione):

☐ Ritiro a mano

☐ Invio al domicilio/residenza tramite raccomandata A/R di Poste Italiane (con spese postali a carico del destinatario*) al seguente indirizzo _____

Data Firma del richiedente (*leggibile*) _____

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

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).

DATA _____ FIRMA _____

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.
- Per l'invio della documentazione via posta è necessario specificare sempre nel modulo di richiesta l'Indirizzo di residenza/domicilio al quale spedire la documentazione nonché indicare il numero di telefono del richiedente e dell'eventuale delegato. L'ufficio procede all'invio della documentazione tramite raccomandata A/R con diritto di contrassegno, attraverso la società "Poste Italiane". Le spese postali, a carico del destinatario, sono da corrispondersi all'atto della consegna (per un importo a partire da € 9,00 circa). Il destinatario si assume oneri e responsabilità in caso di eventuale smarrimento ed è tenuto in ogni caso a corrispondere quanto dovuto in contrassegno, con aggiunta delle spese postali.

FIRMA per accettazione (leggibile) _____