

MODULO A

**MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
(CARTELLE CLINICHE, REFERTI, ECC.)**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il ____ / ____ / ____ residente a _____ (____) via _____
n. _____ C.A.P. _____ telefono _____ Doc _____
num. _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

CHIEDE

che gli venga rilasciato/a n° _____ copia/e della documentazione sanitaria per gli usi consentiti dalla Legge:

- ☐ in qualità di intestatario
☐ altro (specificare) _____ riferita al Sig./ra _____

_____ nato/a _____ Prov. (____) residente a _____
Prov. (____) in Via _____ n° _____

(ricordarsi di far compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o di atto di notorietà e allegare la fotocopia del documento di identità del richiedente).

- ☐ CARTELLA CLINICA del ricovero avvenuto dal _____ al _____
cartella numero _____ (dato da inserire da parte dell'ufficio)
☐ ALTRA DOCUMENTAZIONE (da specificare) _____

Motivo della richiesta: ☐ USO PERSONALE - ☐ USO MEDICO - ☐ USO LEGALE - ☐ USO ASSICURATIVO - altro _____

In caso di richiesta di più cartelle cliniche:

dal giorno ____ / ____ / ____ al giorno ____ / ____ / ____ presso il reparto di _____ num. _____
dal giorno ____ / ____ / ____ al giorno ____ / ____ / ____ presso il reparto di _____ num. _____
dal giorno ____ / ____ / ____ al giorno ____ / ____ / ____ presso il reparto di _____ num. _____

dal giorno ____ / ____ / ____ al giorno ____ / ____ / ____ presso il reparto di _____ num. _____

Per il rilascio della documentazione richiesta è previsto un costo di riproduzione da versarsi presso il punto rosso del Presidio Ospedaliero o a mezzo bonifico su conto corrente bancario n. 46260 intestato all'ASL CITTA' DI TORINO - Servizio di Tesoreria – Istituto Bancario Intesa San Paolo Ag. 20, Via Cimarosa 87 – 10154 TORINO **Codice Iban IT28Y0306901020100000046260**, indicando nella causale il pagamento "rilascio documentazione sanitaria".

Si prende atto che, la documentazione richiesta e non ritirata entro 90 giorni, sarà distrutta senza alcuna possibilità di restituzione della somma versata a titolo di costo di riproduzione.

DATA

IL RICHIEDENTE

SPEDIZIONE A DOMICILIO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Il sottoscritto, nel rispetto di quanto previsto del Regolamento Europeo n° 2016/679 del 27/04/2016 che regola il trattamento dei dati personali, dichiara di accettare che il recapito della suddetta documentazione potrà avvenire anche a persona diversa dal destinatario, presente al domicilio indicato. Le spese di spedizione sono da intendersi a totali carico del richiedente (raccomandata con A.R.). Pertanto l'Azienda Sanitaria Locale Città di Torino è esonerata da ogni responsabilità per il mancato recapito del plico, o la manomissione dello stesso, da parte della Ditta incaricata della consegna.

Indirizzo presso il quale deve essere spedita la documentazione richiesta:

Sig./ra _____ residente a _____ (_____)

In Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Città' _____ Prov. (_____)

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo N° 2016/679 del 27/04/2016: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, comunque, nell'ambito dell'attività istituzionale dell'ASL Città di Torino, titolare del trattamento. L'interessato, può esercitare con le limitazioni previste dall'articolo 23, e nel rispetto della normativa vigente i diritti previsti dagli Artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679

Torino, lì _____

IL RICHIEDENTE _____

L'OPERATORE ADDETTO

In caso di ritiro presso gli Uffici Aziendali:

Torino, lì _____ FIRMA PER AVVENUTA CONSEGNA _____