

Richiesta di accesso alla documentazione sanitaria (All.3)



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino

☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

Spett.le ASL Città di Torino

Via San Secondo 29 -10128 TORINO

PEC protocollo@pec.aslcittaditorino.it

e-mail protocollo@aslcittaditorino.it

RICHIESTA DI ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L. 241/90 e ss.mm.ii. – L. 24/2017 - D.P.R. 184/2006

Richiedente:					
Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>		
Nato/a il	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	a	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/> (<input type="text"/>)
residente in	<input type="text"/>				
documento di identificazione			N°	<input type="text"/>	
Rilasciato da	<input type="text"/>		il	<input type="text"/>	
indirizzo a cui inviare eventuali comunicazioni	<input type="checkbox"/>				
n. telefono	<input type="text"/>	e-mail - PEC	<input type="checkbox"/>		

Titolo di legittimazione del richiedente (art. 16 del Regolamento):

persona a cui si riferiscono i dati (diretto interessato)

(altro: indicare il titolo di legittimazione ex art. 16 del Regolamento) (*)

altro soggetto avente interesse diretto, concreto ed attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento di cui si fa richiesta (specificare il motivo della richiesta nell'apposita sezione)

(*) allegare documentazione/autocertificazione

Richiesta di accesso alla documentazione sanitaria (All.3)

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA DEL/DELLA SIG./RA:

Ricoverata/o dal _____ al _____ presso la S.C. _____

Direttore Dott. _____ del Presidio Ospedaliero _____

passaggio ambulatoriale del _____

Tipo di documentazione

- cartella clinica
- cartella ambulatoriale
- verbale di pronto soccorso
- certificato date di ricovero
- referto autoptico
- referto diagnostico
- immagine di diagnostica strumentale (es: Raggi X, TAC, RMN, ecc.)
- altra documentazione da specificare: _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA¹

(Interesse diretto, concreto ed attuale corrispondente a una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento di cui si fa richiesta):

l'interesse non deve essere comprovato dal diretto interessato o tutore o delegato, ma solo dal terzo interessato.

Modalità di acquisizione della documentazione richiesta²:

		Spazio riservato all'ASL
<input type="checkbox"/>	SPEDIZIONE CON POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC TO PEC)	€ ____
<input type="checkbox"/>	SPEDIZIONE CON POSTA ELETTRONICA ORDINARIA (nel rispetto delle indicazioni operative aziendali)	€ ____
<input type="checkbox"/>	COPIA DOCUMENTAZIONE SU SUPPORTO INFORMATICO (PEN DRIVE NUOVA E SIGILLATA) FORNITO DAL RICHIEDENTE	€ ____
<input type="checkbox"/>	RITIRO DI COPIA CARTACEA PRESSO LA STRUTTURA CHE DETIENE LA DOCUMENTAZIONE (Costi di riproduzione della copia cartacea come da tariffario)	€ ____
<input type="checkbox"/>	SPEDIZIONE CON RACCOMANDATA POSTALE (Costo a carico del destinatario, aggiunto ai costi di riproduzione della copia cartacea come da tariffario) (**)	€ ____
TOTALE COSTI DOVUTI		€ ____

¹ Sono legittimati all'accesso i soggetti di cui all'art. 22, comma.1, lettere a) e b) L.241/90 e art.2, comma.1, DPR 184/2006 e cioè le persone fisiche o giuridiche che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso. – **Non saranno accettate motivazioni generiche e incomplete.**

² Il rilascio di copia di cartella clinica in **modalità elettronica** è sempre gratuita mentre sono dovuti i costi di riproduzione nel caso di richiesta di copia in formato cartaceo. I costi di ricerca sono comunque dovuti a partire dalla seconda copia della Cartella Clinica, come da tariffario.

Richiesta di accesso alla documentazione sanitaria (All.3)

() SPEDIZIONE A DOMICILIO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

Autorizzo la spedizione cartacea richiesta al seguente indirizzo

Cognome Nome _____

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

Città _____ Prov. (_____)

Io sottoscritto/a, _____ dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria possa prevedere la consegna secondo le procedure del servizio postale anche a persona diversa dal destinatario e presente al domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.) sollevando pertanto l'ASL Città di Torino da ogni responsabilità legata allo smarrimento o manomissione del plico nonché alla visione della corrispondenza da parte di terzi non autorizzati.

Luogo e data

Il richiedente

In caso di richiesta presentata da un terzo, diverso dalla persona a cui si riferiscono i dati, il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei seguenti CONTROINTERESSATI³:

Cognome

Nome

Cognome

Nome

Nel caso di più di due controinteressati, allegare elenco

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76⁴ del D.P.R. 445/2000 conferma la veridicità di quanto dichiarato.

Il sottoscritto delega al ritiro della suddetta documentazione il sig. _____

Luogo e data

Il richiedente

Le domande sottoscritte con firma autografa sono valide se la firma è apposta in presenza del dipendente addetto al ricevimento (o responsabile del procedimento) o se sono sottoscritte e presentate insieme alla copia del documento di identità in corso di validità.

Per le domande trasmesse per via telematica si applicano le disposizioni di cui all'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e del D. Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.

Per cui sono valide ed equivalenti a quelle indicate al punto precedente:

- se sottoscritte e inviate insieme alla copia del documento di identità
- se sono trasmesse dal richiedente dalla propria casella di posta certificata
- se sottoscritte con firma digitale

³ "Controinteressati" sono tutti i soggetti, individuati o facilmente individuabili in base alla natura del documento richiesto, che nell'esercizio dell'accesso vedrebbero compromesso il loro diritto alla riservatezza.

⁴ Art.76 – D.P.R. 445/2000 - *Norme penali* - *comma 1*. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. *comma 2*. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. *Comma 3*. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale...(omissis)

Richiesta di accesso alla documentazione sanitaria (All.3)

MODALITÀ DI PAGAMENTO COSTI DI RIPRODUZIONE E/O RICERCA

<input type="checkbox"/>	Pagamento presso i punti adibiti alle riscossioni dei ticket punti rossi scegliendo l'apposita causale: "COPIA DOC. SANITARIA"
<input type="checkbox"/>	Pagamento tramite Portale Salute Piemonte seguendo le istruzioni pubblicate sul sito istituzionale dell'ASL Città di Torino – Sezione "Come fare per" – "Esercitare il diritto di accesso agli atti amministrativi e sanitari"

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Identificazione richiedente:	
documento di identificazione	N° _____
Rilasciato da _____	il _____
Identificazione DELEGATO al ritiro:	
Cognome _____	Nome _____
Nato il _____ / _____ / _____	a _____ Prov. (_____)
documento di identificazione	N° _____
Rilasciato da _____	il _____

Documenti consegnati il _____ / _____ / _____

Per ricevuta

FIRMA DEL RICHIEDENTE

In caso di documento spedito telematicamente, l'operatore inserirà copia della trasmissione negli annessi del protocollo della richiesta di accesso.

Informazioni in merito al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

I dati personali da Lei conferiti sono trattati da questa Azienda per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento di accesso ai documenti sanitari (Legge 241/1990 - Legge 24/2017), da Lei avviato con la presente istanza.

Il **Titolare del trattamento** è l'Azienda Sanitaria Locale Città di Torino, con sede legale in via San Secondo 29-10128

Il **Responsabile della protezione dei dati (DPO o RPD)** è contattabile all'indirizzo mail: dpo@aslcitytorino.it

Autorizzati al trattamento dei suoi dati sono il Responsabile del procedimento di accesso e le persone incaricate dal Titolare o dal suo Designato alla gestione delle istanze di accesso.

Base giuridica del trattamento

Art. 6 lettera e) del Regolamento UE n. 2016/679; Art. 2 ter e l'art. 2 sexies, c. 2 lettera a del D.Lgs. 196/2003.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali è effettuato con modalità informatiche e manuali, nel rispetto delle misure di sicurezza e riservatezza previste dal Regolamento UE 2016/679.

Durata del trattamento

I dati saranno conservati per il tempo necessario previsto dalle vigenti norme di legge e secondo quanto previsto dal massimario aziendale di scarto. In particolare le istanze di accesso sono conservate per 10 anni, salvo necessità di una conservazione più lunga nei casi di diniego.

Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge che lo preveda. I dati non sono diffusi. Possono essere eventualmente utilizzati in forma aggregata ed anonimizzata per le statistiche riguardanti il servizio.

Trasferimento dei dati

I dati forniti non sono trasferiti in Paesi terzi.

Profilazione dei dati

I dati personali oggetto del trattamento non sono oggetto di profilazione (cioè non sono sottoposti a processi decisionali automatizzati consistenti nell'utilizzo di informazioni per valutare determinati aspetti relativi alla persona).

Diritti dell'interessato

Lei, in qualità di interessato, può esercitare, nel rispetto della normativa vigente e salvo i limiti imposti dalla legge, i diritti previsti dall'art.15 e seguenti del Regolamento UE n. 2016/679. In particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, o di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio di tali diritti Lei può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati, inviando una richiesta ad uno dei seguenti indirizzi mail: dpo@aslcitytorino.it; settoreprivacy@aslcitytorino.it. Se Lei ritiene che il trattamento dei dati personali sia effettuato in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE n. 2016/679 ha il diritto di reclamo all'autorità Garante per la protezione dei dati personali, così come previsto dall'art.77 Regolamento UE n. 2016/679, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE n. 2016/679).

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso le informazioni sopra riportate in merito al trattamento dei propri dati personali:

FIRMA

L'operatore addetto: