



## 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](mailto:protocollo@pec.aslcittaditorino.it)  
e-mail [protocollo@aslcittaditorino.it](mailto: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

Nome

Nato/a il

 /  /

a

Prov

residente in

documento di identificazione

N°

Rilasciato da

il

indirizzo a cui inviare eventuali comunicazioni

  

e-mail - PEC

#### 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 RICHIESTA<sup>1</sup>**

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

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

**Modalità di acquisizione della documentazione richiesta<sup>2</sup>:**

		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) (**)	€ ____
<b>TOTALE COSTI DOVUTI</b>		<b>€ ____</b>

<sup>1</sup> 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.**

<sup>2</sup> 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

FIRMA

**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 **CONTROINTERESSATI**<sup>3</sup>:

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 76<sup>4</sup> 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

FIRMA

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

<sup>3</sup> "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.

<sup>4</sup> 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**

<b>Identificazione richiedente:</b>	
documento di identificazione	N° _____
Rilasciato da _____	il _____
<b>Identificazione DELEGATO al ritiro:</b>	
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@aslcittaditorino.it](mailto:dpo@aslcittaditorino.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'emanaone 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@aslcittaditorino.it](mailto:dpo@aslcittaditorino.it); [settoreprivacy@aslcittaditorino.it](mailto:settoreprivacy@aslcittaditorino.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 dire 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:**

_____
-------