



RICHIESTA DI ACCESSO FORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

Al Dirigente della Struttura

Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

All’Ufficio Relazioni con il Pubblico – URP
Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____
Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____
Indirizzo PEC _____ Identificato con documento _____
n. _____

SPECIFICARE IL MOTIVO GIUSTIFICATIVO DELLA RICHIESTA

(Da indicare ai sensi dell’art. 13 regolamento aziendale)

CHIEDE L’ACCESSO AI SEGUENTI ATTI:

Oggetto dell’atto	Numero	Data

- per la visione;
- per la visione e trascrizione del documento
- per il rilascio di: A) fotocopia per uso proprio; B) copia conforme all’originale

Si comunica di voler esercitare l’accesso alla documentazione richiesta:

- Personalmente
- Personalmente con l’assistenza di _____ (indicare le generalità dell’accompagnatore e consegnare copia del relativo documento di identità);
- Delegando il/la _____ (indicare le generalità dell’accompagnatore e consegnare copia del relativo documento di identità)
- Tramite il servizio postale;
- Si autorizza la trasmissione di copia dell’atto/i richiesto/i al seguente indirizzo PEC: _____

Il richiedente



Informativa, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. del 30/06/2003 n. 196 – Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata.

Il richiedente

Allegati:

- 1) Documento valido di riconoscimento;
- 2) Atto di delega e documento valido di identificazione del delegato;
- 3) Attestazione della qualità di tutore, legale ecc.

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE

La richiesta è stata presentata in data _____

Il ricevente



Allegato 2

RICHIESTA DI ACCESSO INFORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

Foggia, _____

Al Dirigente della Struttura

Azienda Ospedaliero-Universitaria
"Ospedali Riuniti" di Foggia

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____
Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____
Indirizzo PEC _____ Identificato con documento _____
_____ n. _____

HA CHIESTO DI PRENDERE VISIONE DEI SEGUENTI ATTI:

Oggetto dell'atto	Numero	Data

SPECIFICARE IL MOTIVO GIUSTIFICATIVO DELLA RICHIESTA

(Da indicare ai sensi dell'art 12 regolamento aziendale)

Il richiedente

Il Dirigente della Struttura

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'AMMINISTRAZIONE

La richiesta è stata presentata in data _____

Il ricevente



DICHIARAZIONE DI ACCESSO INFORMALE

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di:

- Aver preso visione/estratto copia del documento richiesto
- non aver potuto prendere visione/estrarre copia della documentazione richiesta, per le seguenti ragioni:

Pertanto, è stato /a invitato/a, ai sensi dell'art 12 regolamento aziendale a presentare domanda formale

Il richiedente

Informativa Privacy

Informativa, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. del 30/06/2003 n. 196 – Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata.

Il richiedente



Allegato 3

Struttura _____

Prot. n. _____

Foggia, _____

Alla c.a. sig./sig.ra _____

- Consegna a mano all'interessato o suo delegato
- Trasmissione autorizzata tramite PEC
- Trasmissione tramite servizio postale

OGGETTO: richiesta formale di accesso agli atti amministrativi – Accoglimento (Art 14 Regolamento aziendale).

Vista la richiesta di accesso formale del _____, acquisita al prot. n. _____ formulata dal sig./sig.ra _____.

Ritenuti sufficientemente provati la legittimazione, i poteri rappresentativi, l'interesse di ottenere l'accesso ai richiesti documenti ritenuti altresì quest'ultimi accessibili

SI AUTORIZZA

Il Richiedente

- a visionare
- a visionare e trascrivere in tutto o in parte
- a ottenere copia
- a ottenere copia autentica

Della seguente documentazione:

La suindicata documentazione potrà essere ritirata presso _____ via _____ n. _____, entro il termine di 30 gg dalla ricezione della presente, dalle ore 9,00 alle ore 12,00 dal lunedì al venerdì previo appuntamento telefonico al n. _____ subordinatamente all'esibizione dell'attestazione di pagamento relativa al rimborso dei seguenti costi:

- € _____ a titolo di rimborso spese di riproduzione;
- € _____ per diritti di segreteria;
- Totale euro _____

Le somme dovute devono essere versate sul Conto corrente n. 432300306103 "servizio tesoreria Banca d'Italia", intestato ad Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia - Causale: rimborso spese accesso atti e varie ovvero alla cassa libera professionale e competenze generali dell'AOU di Foggia.

Il Dirigente



Allegato 4

Struttura _____

Prot. n. _____

Foggia, _____

Alla c.a. sig./sig.ra _____

p.c. sig./sig.ra _____

raccomandata a/r

OGGETTO: Richiesta formale di accesso agli atti amministrativi - Notifica ai controinteressati (art. 11 Regolamento aziendale).

Il /la sig./Sig.ra _____, che legge per conoscenza, in data _____ ha presentato richiesta di accesso agli atti acquisita al prot. n. _____ (in allegato).

Dall'esame degli atti richiesti, Lei risulta parte controinteressata, pertanto, qualora lo ritenesse opportuno, ha il diritto di presentare motivata opposizione scritta, **entro 10 giorni** dal ricevimento della presente.

Si comunica che questa Struttura è a disposizione per eventuali chiarimenti ai seguenti recapiti:
referente _____ e-mail _____ tel. _____.

Distinti saluti.

Il Dirigente



Allegato 5

Foggia, _____

Al Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

OGGETTO: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

RICHIEDENTE:

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____ Telefono _____
Cell. _____ e-mail _____ Indirizzo PEC _____
Identificato con documento _____ n. _____

**L’Azienda contatterà esclusivamente i recapiti telefonici, indipendentemente da chi li utilizza (titolare della documentazione o terzi), per fornire eventuali informazioni sullo stato di lavorazione riguardante la documentazione sanitaria.*

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- CARTELLA CLINICA
- ESAMI RADIODIAGNOSTICI
- REFERTO PS
- Altro

relativa al proprio ricovero c/o Struttura dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” di Foggia di _____ Periodo _____

relativa al ricovero del/la Sig./ra _____ nato/a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ c/o la Struttura di _____
e-mail _____
dell’AOU di Foggia. Periodo _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, **DI ESSERE** (da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dal richiedente)

- esercente la potestà genitoriale dell’intestatario della cartella clinica;
- tutore del minore intestatario della cartella clinica;
- tutore dell’interdetto/a intestatario della cartella clinica;
- amministratore di sostegno dell’intestatario della cartella clinica;
- erede dell’intestatario della cartella clinica;
- coniuge e dichiara, inoltre che l’intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre che l’intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell’intestatario) e dichiara, inoltre, che l’intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute.

CHIEDE, altresì di ricevere la documentazione mediante il servizio postale al seguente indirizzo:

***Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della Posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).*

Si impegna al ritiro della cartella.



Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente ricevuta del pagamento effettuato presso la cassa libera professione e competenze generali dell'AOU di Foggia o tramite conto corrente n. 432300306103 "servizio tesoreria Banca d'Italia", intestato ad Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia - Causale: fotocopie L. 241/90 del costo di riproduzione della cartella clinica pari ad **€ 0,10 a fasciata ed € 5,00 per spese di ricerca e visura (quota fissa)** o nel caso di richiesta urgente pari ad **€ 0,10 a fasciata ed € 10,00 per spese di ricerca e visura (quota fissa)**, oltre **€ 10,00** per le richieste di accesso relative a **cartelle redatte oltre 10 anni prima** dalla formulazione della presente istanza.

Il richiedente

AVVERTENZE

1. Allegare fotocopia del documento d'identità se la **richiesta viene inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente**.
2. Se la richiesta o il ritiro viene fatto da una **persona delegata**, la stessa deve avere **delega scritta e fotocopia del documento di identità** dell'intestatario della cartella clinica.

DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO

Documento di identificazione in corso di validità: patente di guida/carta d'identità/passaporto n. _____
emesso da _____ data di scadenza _____
Identificato dall'Operatore _____ in data _____

Eventuali Controinteressati identificati:

Data notifica ai Controinteressati: _____

Visto si autorizza il rilascio

Il Direttore Sanitario



Allegato 6

Foggia, _____

Al Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

OGGETTO: DELEGA PER IL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

RICHIEDENTE:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____
Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____
Indirizzo PEC _____ Identificato con documento _____
_____ n. _____ rilasciato da _____
data di scadenza _____ con la presente

DELEGA

Il sig. _____ nato/a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ documento di identità
n. _____ e-mail _____ dell’AOU di Foggia.

al ritiro DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- CARTELLA CLINICA
 ESAMI RADIODIAGNOSTICI
 REFERTO PS
 Altro _____ richiesta il _____

Il Richiedente

AVVERTENZE

Il delegato deve esibire un proprio documento di identità. Allegare fotocopia del documento di identità del delegante. I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per il procedimento per il quale la delega viene fornita (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003).

La delega è vietata in casi specifici per i quali la tutela del segreto professionale ed i motivi di riservatezza della diagnosi richiedono una tutela particolare. In tal caso è prevista la consegna della cartella clinica solo al diretto interessato.



Allegato 7

Foggia, _____

Al Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

OGGETTO: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI TERZI

RICHIEDENTE:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____
Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____
Indirizzo PEC _____ Identificato con documento _____
_____ n. _____ rilasciato da _____
data di scadenza _____

**L’Azienda contatterà esclusivamente i recapiti telefonici, indipendentemente da chi li utilizza (titolare della documentazione o terzi), per fornire eventuali informazioni sullo stato di lavorazione riguardante la documentazione sanitaria.*

CHIEDE

IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- CARTELLA CLINICA
- ESAMI RADIODIAGNOSTICI
- REFERTO PS
- Altro

DEL SOGGETTO DI SEGUITO GENERALIZZATO, ai sensi dell’art. 92 D. Lgs. n. 196/2003, che prescrive: “Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica e dell’acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall’interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è **giustificata dalla documentata necessità** di a) far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell’art. 26, comma 4, lettera c), di rango pari a quello dell’interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile;
b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull’accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell’interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale inviolabile.”

INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome Nome _____ nato/a _____
il _____ Residente a _____ in via _____
_____ relativa al ricovero c/o Struttura di _____
Periodo _____ Identificato con documento _____ n. _____
rilasciato da _____ data di scadenza _____
per i seguenti motivi _____



Si impegna al ritiro della cartella.

ALLEGA alla presente ricevuta del pagamento effettuato presso la cassa libera professione e competenze generali dell’AOU di Foggia o tramite conto corrente n. 432300306103 “servizio tesoreria Banca d’Italia”, intestato ad Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” di Foggia - Causale: fotocopie L. 241/90 del costo di riproduzione della cartella clinica pari ad **€ 0,10 a facciata ed € 5,00 per spese di ricerca e visura (quota fissa)** o nel caso di richiesta urgente pari ad **€ 0,10 a facciata ed € 10,00 per spese di ricerca e visura (quota fissa)**, oltre **€ 10,00** per le richieste di accesso relative a **cartelle redatte oltre 10 anni prima** dalla formulazione della presente istanza.

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;

Dichiara, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente la seguente documentazione atta a comprovare il proprio interesse ad ottenere copia della documentazione sanitaria:

1)

2)

3)

Il Richiedente

AVVERTENZE

1. Allegare fotocopia del documento d’identità se la richiesta viene inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente.

2. Se la richiesta o il ritiro viene fatto da una **persona delegata**, la stessa deve avere delega scritta e fotocopia del documento di identità del delegante.

DA COMPILARE A CURA DELL’UFFICIO

Doc. di identificazione _____

Identificato dall’operatore _____

Eventuali Controinteressati identificati:

Data notifica ai Controinteressati: _____

Visto si autorizza il rilascio

Il Direttore Sanitario



Allegato 8

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO (generalizzato)
PER DATI, DOCUMENTI ED INFORMAZIONI
NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA**

Foggia, _____

Al Dirigente della Struttura

Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

OGGETTO: Richiesta di accesso CIVICO ai documenti/dati/informazioni amministrativi (ai sensi dell’art. 5, comma 2 del D. Lgs. n. 33/2013).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____ cod. fiscale _____
Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____ Indirizzo PEC _____
_____ indirizzo al quale inviare eventuali comunicazioni _____

nella propria qualità di soggetto interessato,

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell’art. 5, comma 2 e ss. del D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, di:

- prendere visione;
- ottenere copia semplice in formato _____
(specificare: elettronico con invio tramite posta elettronica, cartaceo, su supporto cd);
- ottenere copia autentica (istanza e copie sono soggette all’assolvimento delle disposizioni in materia di bollo);
- relativamente ai seguenti documenti (dati o informazioni):

(indicare i documenti/dati/informazioni o gli estremi che ne consentono l’individuazione).

A tal fine dichiara di essere a conoscenza che:

- come stabilito dall’art. 5, comma 5 del D. Lgs. n.33/2013, modificato dal D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, qualora l’amministrazione alla quale è indirizzata la presente richiesta dovesse individuare dei controinteressati ex art. 5-bis, comma 2 del medesimo D. Lgs., è tenuta a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della presente istanza;
- qualora venga effettuata la sopra citata comunicazione, il termine di conclusione del presente procedimento di accesso è sospeso fino all’eventuale opposizione dei controinteressati, e comunque non oltre 10 giorni;
- a norma dell’art. 5, comma 4 del D. Lgs. n. 33/2013, il rilascio di dati in formato elettronico è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall’amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Allega copia del documento di identità in corso di validità.

Informativa Privacy

Ai sensi dell’articolo 13 del D. Lgs. n.196/2003, si informa che il trattamento dei dati conferiti con la richiesta di accesso civico sono finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato; il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l’annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all’articolo 7 del dlgs196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.) avendo come riferimento il Responsabile del trattamento degli stessi per questa Amministrazione.



**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO (semplice)
PER DATI, DOCUMENTI ED INFORMAZIONI
SOGGETTI A PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA**

Foggia, _____

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione
e della Trasparenza
Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

OGGETTO: Richiesta di accesso CIVICO ai documenti/dati/informazioni (ai sensi dell’art. 5, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____
cod. fiscale _____ Telefono _____ Cellulare _____
e-mail _____ Indirizzo PEC _____ indirizzo al quale
inviare eventuali comunicazioni _____

CONSIDERATA l’omessa/parziale pubblicazione del seguente documento/informazione/dato:

_____ **che in base alla vigente normativa non risulta pubblicato su**

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/amministrazione-trasparente>

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell’art. 5 del D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i., la pubblicazione di quanto richiesto e la comunicazione alla/al medesima/o dell’avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale al dato/informazione oggetto dell’istanza.

Allega copia del documento di identità.

Informativa Privacy

Ai sensi dell’articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003, Si informa che il trattamento dei dati conferiti con la richiesta di accesso civico sono finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato; il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l’annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all’articolo 7 del dlgs196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.) avendo come riferimento il Responsabile del trattamento degli stessi per questa Amministrazione.



Allegato 10

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO (semplice)
PER DATI, DOCUMENTI ED INFORMAZIONI
SOGGETTI A PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA
RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO AL TITOLARE DEL POTERE SOSTITUTIVO**

Foggia, _____

Al Titolare del Potere Sostitutivo
Azienda Ospedaliero-Universitaria
“Ospedali Riuniti” di Foggia

OGGETTO: Richiesta di accesso CIVICO ai documenti/dati/informazioni (ai sensi dell’art.5, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____
cod. fiscale _____ Telefono _____ Cellulare _____
e-mail _____ Indirizzo PEC _____ indirizzo al quale
inviare eventuali comunicazioni _____

Tenuto conto che ad oggi quanto richiesto risulta ancora NON pubblicato sul seguente sito:

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/amministrazione-trasparente>

CHIEDE

alla S.V. in qualità di titolare del potere sostitutivo, ai sensi e per gli effetti dell’art. 5 del D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i., la pubblicazione di quanto richiesto e la comunicazione alla/al medesima/o dell’avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale al dato/informazione oggetto dell’istanza.

Allega copia del documento di identità in corso di validità.

Informativa Privacy

Ai sensi dell’articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003, si informa che il trattamento dei dati conferiti con la richiesta di accesso civico sono finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato; il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l’annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all’articolo 7 del dlgs196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.) avendo come riferimento il Responsabile del trattamento degli stessi per questa Amministrazione.