**All. 7**

 **Al Direttore Sanitario**

**Oggetto: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA da parte di Terzi**

**IL RICHIEDENTE**:

Cognome Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*L’IRCCS S. de Bellis 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 RIPRODOTTA**

**con le seguenti modalità qui di seguito descritte (*barrare la modalità di ritiro scelta):***

**🗆** **copie fotostatiche (formato cartaceo);**

**🗆 copie in formato digitale firmato digitalmente su supporto informatico (chiave USB).**

**Documentazione chiesta**

**🗆** **CARTELLA CLINICA (copia conforme)**

**🗆 ESAMI RADIODIAGNOSTICI**

**🗆** **REFERTO PS**

**🗆 Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DEL SOGGETTO DI SEGUITO GENERALIZZATO.**

Il sottoscritto, edotto dell’informativa dell’IRCCS De Bellis, fornita al momento della visita/ricovero ed esposta nei locali della stessa (oltre che sul proprio sito web), dichiara di essere a conoscenza che il trattamento dei suoi dati personali (anagrafiche, dati di contatto, stato di salute) viene effettuato per motivi di interesse pubblico rilevante e di interesse pubblico nella sanità pubblica, nonché per finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria (compreso la gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali e per finalità amministrative) e che, pertanto, tale trattamento di dati non necessita del consenso. Prendo atto, inoltre, che la cartella clinica, unitamente ai referti ivi presenti, sarà conservata illimitatamente come per legge (Cir. Min. Sanità del 19 dicembre 1986, n. 900 2/AG454/260).

Firma del paziente

Casi alternativi alla firma del paziente (si prega di apporre una “x” sulla lettera prescelta):

a) il paziente non è cosciente;

b) il paziente è in grado di intendere ma non può firmare;

Solo peril caso a) o il caso b), generalità dell’esercente la professione sanitaria o altro incaricato attestante la situazione di fatto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) Altro sottoscrivente;

d) Genitore di minore;

e) Tutore;

f) Erede o suo delegato (caso di decesso del paziente).

Solo nel caso c) o d) o e) o f), generalità del soggetto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo di documento del/i soggetto/i sottoscrivente/i nei casi c) o d) o e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le informazioni fornite si riferiscono alla pluralità delle prestazioni erogate dall’ IRCCS De Bellis. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli (es. ASL o Autorità Giudiziaria). Per esercitare i diritti previsti dal Regolamento si rinvia alla privacy policy generale esposta nei locali e sul sito web dell’ IRCCS De Bellis. Il Responsabile della Protezione dei Dati è contattabile all’indirizzo ernesto@studioconsulenzabarbone.it.

**INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Cognome Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

relativa al ricovero c/o

Servizio/Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per i seguenti motivi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🗆 Si impegna** al ritiro della cartella.

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

**(*barrare la modalità di ritiro scelta):***

**🗆** **copie fotostatiche (formato cartaceo);**

**🗆 copie in formato digitale su supporto informatico (chiave USB).**

Con aggiunta al costo della documentazione sanitaria le spese di spedizione con raccomandata a/r di:

- €. 6,00 (sei/00) per copie fotostatiche (formato cartaceo);

*oppure:*

- €. 9,00 (otto/00) copie in formato digitale su supporto informatico (chiave USB).

Inserire indirizzo mail:

*\*\*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.)*

Le modalità di pagamento:

- presso le casse ticket dell’Ente;

- tramite bonifico bancario intestatario: IRCCS "Saverio De Bellis" - IBAN - IT61Y0542404297000000000299 Codice SWIF - BPBAIT3B;

- tramite c/c postale n. 13877709 intestatario: IRCCS "Saverio De Bellis".

Le modalità di ritiro, causali di pagamento e tariffario:

- in loco solo copie fotostatiche (formato cartaceo) - Causale: “*Richiesta di n. 1 documentazione sanitaria Nome\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_Reparto\_\_\_\_\_anno\_\_\_\_\_/ copie fotostatiche*” - pari ad euro 20,00 (venti/00);

- in loco copie fotostatiche (formato cartaceo) e riprodotte con firma digitale su supporto USB - Causale: “*Richiesta di n. 1 documentazione sanitaria. Nome\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_Reparto\_\_\_\_\_anno\_\_\_\_\_/ supportoUSB*” pari ad euro 23,00 (ventitre/00);

- spedizione a mezzo raccomandata a/r solo copie fotostatiche (formato cartaceo) - Causale: “*Richiesta di n. 1 documentazione sanitaria comprensiva di spedizione- racc. a/r. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_reparto\_\_\_\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_/ copie fotostatiche*” pari ad euro 26,00 (ventisei/00);

- spedizione a mezzo raccomandata a/r copie fotostatiche (formato cartaceo) e riprodotte con firma digitale su supporto USB - Causale: “*Richiesta di n. 1 documentazione sanitaria. Nome\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_Reparto\_\_\_\_\_anno\_\_\_\_\_/ supportoUSB*” pari ad euro 29,00 (ventinove/00).

*n.b. il suddetto tariffario è riferito alla richiesta di singola documentazione sanitaria, pertanto, nel caso si volesse chiederne un numero maggiore la tariffa andrà moltiplicata per il numero richiesto.*

**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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data Firma del richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

1. Allegare fotocopia del documento d’identità se la richiesta viene inviata a mezzo posta o Mail/Pec 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.

3. Se il soggetto richiede la suddetta documentazione presso il CUP/Ticket, quest’ultimo rilascerà un numero di prenotazione che, nel caso di inoltro digitale della documentazione richiesta all’indirizzo email o pec indicato dall’utente, sarà valido per l’apertura del file inoltrato in forma crittografata. La stessa modalità sarà di decriptazione del file è utilizzata nel caso in cui l’utente scelga l’inoltro a mezzo di supporto informatico - chiave USB.

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informativa Privacy**

Il sottoscritto, edotto dell’informativa dell'IRCCS, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Saverio de Bellis" fornita al momento della visita/ricovero ed esposta nei locali della stessa (oltre che sul proprio sito web), dichiara di essere a conoscenza che il trattamento dei suoi dati personali (anagrafiche, dati di contatto, stato di salute) viene effettuato per motivi di interesse pubblico rilevante e di interesse pubblico nella sanità pubblica, nonché per finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria (compreso la gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali e per finalità amministrative) e che, pertanto, tale trattamento di dati non necessita del consenso.

Prendo atto, inoltre, che la cartella clinica, unitamente ai referti ivi presenti, sarà conservata illimitatamente come per legge (Cir. Min. Sanità del 19 dicembre 1986, n. 900 2/AG454/260).

Firma del paziente

Casi alternativi alla firma del paziente (si prega di apporre una “x” sulla lettera prescelta):

a)        il paziente non è cosciente

b)        il paziente è in grado di intendere ma non può firmare

Solo per il caso a) o il caso b), generalità dell’esercente la professione sanitaria o altro incaricato attestante la situazione di fatto

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c)        Altro sottoscrivente

d)       Genitore di minore

e)        Tutore

f)        Erede o suo delegato (Art. 2 - terdecies del D. lgs. n. 196/2003 e s.m.i., Codice in materia di protezione dei dati personali)

Solo nel caso c) o d) o e) o f), generalità del soggetto

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo di documento del/i soggetto/i sottoscrivente/i nei casi c) o d) o e)

Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Le informazioni fornite si riferiscono alla pluralità delle prestazioni erogate dall' IRCSS De Bellis. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli (es. ASL o Autorità Giudiziaria). Per esercitare i diritti previsti dal Regolamento si rinvia alla privacy policy generale esposta nei locali e sul sito web dell’IRCSS De Bellis. Il Responsabile della Protezione dei Dati è contattabile all’indirizzo e-mail:* *ernesto@studioconsulenzabarbone.it**.*