PROVINCIA LOMBARDO VENETA - ORDINE OSPEDALIERO
DI SAN GIOVANNI DI DIO - FATEBENEFRATELLI
Sede Legale: 25125 BRESCIA - Via Pilastroni, 4
Iscr. Pref. Brescia n. 513 Reg. PG - C.F. e P.I. 01647730157
OSPEDALE RELIGIOSO CLASSIFICATO "SACRA FAMIGLIA"
22036 Erba (Como) - Via Fatebenefratelli, 20
Telefono 031.63.81.11 - Telefax 031.64.03.16
E-mail: sfamiglia@fatebenefratelli.it - www.ospedaledierba.it

RICHIESTA COPIA di
DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE

Alla Direzione Medica di Presidio

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n°____

Documento d'identità (□ Carta d'Identità, □ Passaporto, □ Patente) n° _____

Rilasciato dal_____ Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica per consegna WEB: _____@ _____

Numero di Telefono Mobile per consegna WEB: _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE:

- ❑ **Intestatario della documentazione sanitaria (allegare copia del documento d'identità)**
- ❑ **Genitore esercente la patria potestà (allegare copia del documento d'identità)**
- ❑ **Tutore (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento d'identità)**
- ❑ **Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi**
  (allegare copia del documento d'identità e atto sostitutivo di notorietà in carta semplice)

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

CHIEDE

Copia cartella clinica/ambulatoriale **al costo di Euro 20,00 a cartella clinica:**

- Codice n° _____ relativa al periodo di ricovero dal _____ al _____
  Unità Operativa di (reparto) _____
- Codice n° _____ relativa al periodo di ricovero dal _____ al _____
  Unità Operativa di (reparto) _____

Ad uso : □ assicurativo □ medico □ personale □ altro _____

Il sottoscritto ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) così come modificato dal D.Lgs.101/2018, acconsente a che i propri dati siano trattati per ottemperare alla sua richiesta.

Data _____ **Firma** _____

LA RICHIESTA PUO' ESSERE INOLTRATA:

1. All'ufficio ricoveri dalle 09.00 alle 13.00 dal lunedì al venerdì.
2. Via fax presso la Direzione Medica di Presidio **031638229**
3. Via @-mail all'indirizzo: **segreteriads.sf@fatebenefratelli.eu**
4. Per informazioni Direzione Sanitaria tel. **031638213**

Si precisa che la richiesta deve sempre essere accompagnata da un documento di riconoscimento del diretto interessato, in originale o in fotocopia, (Carta d'Identità, Passaporto, Patente).

Nel caso di richiesta inoltrata via fax e/o @-mail, per l'invio della documentazione sanitaria, far pervenire al medesimo numero di fax o indirizzo @- mail, la copia **del bonifico bancario effettuato presso:**

BCC Brianza e Laghi Società Cooperativa- Filiale di Erba.

IBAN: IT 64 G 083 2951 27 000 0000 200 522

Intestato a: Provincia Lombardo Veneta Ordine Ospedaliero Di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli indicando nella causale "richiesta copia documentazione sanitaria".

LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA POTRA' ESSERE ACQUISITA CON LE SEGUENTI MODALITA':

- L'interessato/a riceverà una prima @-mail (**controllare nella casella SPAM**), necessaria alla propria identificazione. Ad essa risponderà completando i dati richiesti quali alcune cifre del Numero del Telefono Cellulare. Se la procedura va a buon fine, riceverà una seconda @-mail contenente un link per scaricare i documenti + un SMS che gli/le comunicherà una Password temporanea (la password sarà composta da 8 caratteri alfabetici/numerici).
- L'interessato/a attiverà il link inviatogli/le nella seconda @-mail. Quando richiesto, inserirà

  1) Password: la password ricevuta tramite SMS;

  2) @-mail: rilasciata all'atto della richiesta

  3) Compilare il campo Captcha (per evitare collegamenti da parte di programmi malevoli)

Se la procedura va a buon fine si avvierà la copia dei file sul proprio Personal Computer o altro dispositivo informatico.

L'interessato/a potrà collegarsi all'**area WEB riservata per il Download/Cancellazione dei file per un tempo massimo di 45 giorni dal primo accesso**.

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER L'ACQUISIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE

Ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016. La informiamo che i Suoi dati personali (nome, cognome, indirizzo, numero d telefono e indirizzo email) saranno trattati esclusivamente per le finalità della gestione della richiesta e per la consegna della copia della documentazione sanitaria.

La base giuridica del trattamento è di natura contrattuale, pertanto non le verrà chiesto alcun consenso per il trattamento dei suoi dati personali finalizzati ad inviarLe quanto da Lei richiesto.

3) Il trattamento dei dati personali è effettuato mediante strumenti manuali e strumenti e procedure informatiche, in ogni caso idonei a garantire il loro trattamento nel rispetto delle misure minime di sicurezza, proteggendoli da distruzione, perdita, accesso non autorizzato, trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

I trattamenti dei dati avvengono, quindi, autorizzandone l'accesso solo ad incaricati, designati ed istruiti per iscritto, sottoposti a sistemi di autenticazione e procedure di autorizzazione.

4) I dati personali non saranno oggetto di alcuna diffusione.

5) Il titolare del trattamento dei dati è Provincia Lombardo Veneta - Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio – Via Pilastroni, 4 – Brescia che ha designato un Responsabile per la Protezione dei Dati che può essere contattato alla seguente email: dpo.plv@fatebenefratelli.eu

8) DIRITTI DELL'INTERESSATO DA ESERCITARE PRESSO IL TITOLARE E IL RESPONSABILE

Gli art. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 22 e 23 riconoscono in capo all'interessato taluni diritti, tra cui:

a. ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano;
b. conoscerne il contenuto e l'origine;
c. verificarne l'esattezza;
d. chiederne l'aggiornamento, la rettifica e quando vi ha interesse l'integrazione;

ai sensi del medesimo articolo 7, l'interessato ha il diritto di chiedere:

a. la cancellazione;
b. la trasformazione in forma anonima;
c. il blocco dei dati trattati in violazione di legge; nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi al trattamento.
d. La limitazione,
e. l'opposizione
f. Da ultimo, l'Interessato può ricorrere all'Autorità di Controllo qualora ritenga che il Titolare del trattamento abbia violato la normativa vigente.