



**RICHIESTA COPIA di**  
**DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO DIGITALE**

Alla Direzione Medica di Presidio

**II/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 10.30 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00 dal Lunedì al Venerdì.
2. Via fax presso la Direzione Medica di Presidio **031638229**
3. Via @-mail all'indirizzo: [segreteriads.sf@fatebenefratelli.eu](mailto: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 di 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](mailto: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.