A.S.L. TO5
Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Allegato 2

Sede Legale – Piazza Pellico, 1 – 10023 Chieri (To) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ANAGRAFICA DEL TITOLARE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

Cognome/Nome _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

Tel. _____ Cell. _____

Casella mail _____

Carta di Identità n° _____

Codice fiscale: _____

Richiesta di copia di:

□ CARTELLA CLINICA relativa al ricovero dal _____ al _____ presso il Reparto di _____ del Presidio Ospedaliero di ❒Chieri ❒Moncalieri ❒Carmagnola

□ VERBALE DI PRONTO SOCCORSO registrato in data _____ presso il Presidio Ospedaliero di ❒Chieri ❒Moncalieri ❒Carmagnola

□ ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (specificare la tipologia del documento richiesto)

_____

_____

In ordine alla **richiesta** e al **ritiro** della documentazione suddetta si dichiara che:

❒ si richiede personalmente la documentazione (anagrafica già compilata nel box sopra).

❒ si **delega la richiesta** della documentazione (compilare la scheda anagrafica nel box sotto e allegare le fotocopie del documento di identità sia del titolare della documentazione sia del delegato); N.B.: in caso di eredi, compilare anche l'Atto Notorio.

❒ si ritira personalmente la documentazione (anagrafica già compilata nel box sopra).

❒ si **delega al ritiro** della documentazione (compilare la scheda anagrafica nel box sotto e allegare le fotocopie del documento di identità sia del titolare della documentazione sia del delegato); N.B.: in caso di eredi, compilare anche l'Atto Notorio.

❒ richiede la spedizione in contrassegno con spese a carico del richiedente al seguente indirizzo

_____

❒ richiede la documentazione in formato digitale (solo se previsto, con costo supplementare comprensivo anche del supporto USB)

Il sottoscritto, in qualità di titolare della documentazione sanitaria, delega

❒ ALLA RICHIESTA ❒ AL RITIRO:

il Sig. / Sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

tel _____ Carta di Identità n° _____

Firma del titolare della documentazione richiesta: _____

Informativa privacy

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 GDPR 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata. Il trattamento è lecito in quanto è necessario per adempiere ad un obbligo legale.

I dati raccolti non saranno comunicati a soggetti esterni all'Azienda.

Non è previsto un trattamento fuori dall'UE. La raccolta dei dati personali avviene presso l'interessato e il conferimento è obbligatorio.

Il periodo di conservazione dei dati è determinato dal tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati ottenuti. La cancellazione dei dati contenuti nella presente richiesta segue le norme, i tempi e le disposizioni aziendali riferite al documento richiesto.

All'interessato sono riconosciuti diritti di cui agli artt. 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21 del GDPR 2016/679 per quanto applicabili. L'interessato può proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento è l'ASL TO5.

Il responsabile della protezione dei dati è Liguria Digitale S.p.A. di Genova.

I dati di contatto dei medesimi sono reperibili sul sito www.aslto5.piemonte.it

Firma di chi riceve/evade la richiesta _____

Firma di chi ritira la documentazione _____

La somma versata per la copia è pari ad euro _____