



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

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 _____ Casella mail _____

Carta di Identità N° _____

Richiesta di copia di:

- CARTELLA CLINICA relativa al ricovero dal _____ al _____ presso il Reparto di _____ del P.O. di Chieri Moncalieri Carmagnola
- VERBALE DI PRONTO SOCCORSO registrato in data _____ presso il Presidio Ospedaliero di Chieri Moncalieri Carmagnola
- ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (specificare di seguito la tipologia del documento richiesto)

In ordine alla **richiesta** ed 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); NB: 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); NB: 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 _____