

Ospedale di: ☐ TRENTO ☐ ROVERETO ☐ CLES ☐ ARCO ☐ BORGO ☐ CAVALESE ☐ TIONE

RICHIEDSTA RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Data richiesta _____

Si chiede, per gli usi consentiti dalla legge, il rilascio di

☐ COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

☐ CERTIFICATO DI DEGENZA

☐ con diagnosi

☐ senza diagnosi

☐ COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (SPECIFICARE) _____

relativa al/alla Signor/a _____ nato/a a _____ il _____

ricoverato/a dal _____ al _____ presso il reparto di _____

ricoverato/a dal _____ al _____ presso il reparto di _____

ricoverato/a dal _____ al _____ presso il reparto di _____

ricoverato/a dal _____ al _____ presso il reparto di _____

☐ Il sottoscritto **DELEGA** il/la Signor/a _____ al ritiro della sopra descritta documentazione

☐ Si richiede che la documentazione venga spedita al seguente indirizzo:

Signor/a _____ Via _____ n° _____

C.A.P. _____ Località _____ (Prov. _____)

☐ Si richiede che la documentazione venga trasmessa al seguente indirizzo pec: _____

Recapito telefonico del richiedente _____

Indirizzo e-mail del richiedente _____

firma del richiedente ⁽¹⁾

(firma per esteso e leggibile)

Documento di riconoscimento: tipo _____ n° _____

* DA COMPILARE SOLO IN FASE DI RITIRO PRESSO LE CASSE *

Il Signor/a _____ dichiara di ricevere in data _____
copia della documentazione richiesta.

Firma (per esteso e leggibile)

Documento di riconoscimento: tipo _____ n° _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. (____) il _____

residente a _____ loc. _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____ recapito telefonico _____

domiciliato/a a ⁽¹⁾ _____ loc. _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____ recapito telefonico _____

valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

☐ che è la prima volta che richiede tale documentazione e/o cartella clinica

☐ di essere erede (legittimo o testamentario) di _____

nato/a a _____ il _____ deceduto/a il _____

☐ in qualità di (grado di parentela) _____

O

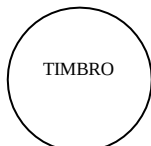
☐ per testamento _____

☐ altro _____

Luogo e data

IL/LA DICHIARANTE ⁽²⁾

(firma per esteso e leggibile)



IL DIPENDENTE CHE RICEVE LA DICHIARAZIONE

(indicare nome e cognome del dipendente)

(1) Indicare solo se diversa dalla residenza.

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche per via telematica o a mezzo posta, sempre unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. (____) il _____

residente a _____ loc. _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____ recapito telefonico _____

domiciliato/a a ⁽¹⁾ _____ loc. _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____ recapito telefonico _____

valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

di esercitare

☐ la responsabilità genitoriale sul minore _____

nato/a a _____ il _____

☐ la tutela/curatela su _____

nato/a a _____ il _____

☐ l'amministrazione di sostegno per _____

nato/a a _____ il _____

Luogo e data

IL/LA DICHIARANTE ⁽²⁾

(firma per esteso e leggibile)

(1) Indicare solo se diversa dalla residenza.

(2) La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste e destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.

DIRITTO D'ACCESSO DOCUMENTALE
INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Art. 13 Regolamento UE 2016/679

- I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (Asuit) in base agli artt. 6, par. 1, lett. e) e 9, par. 2, lett. g), Regolamento Ue 2016/679 e agli artt. 2- ter, par. 1 e 2 sexies, par. 2, lett. a), D.Lgs 196/2003 ed, in particolare, per la gestione da parte di Asuit della richiesta di accesso documentale (Legge provinciale n. 23/1992 e D.P.P. 5 luglio 2007, n. 17-97/Leg)
- Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
- Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, i dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici, secondo le modalità previste dal D.P.R. 445/2000.
- Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente specificamente autorizzato ed istruito. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per Asuit, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
- È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
- I dati personali forniti verranno conservati per il tempo previsto nel Piano di conservazione, allegato al manuale di gestione, disponibile nel sito internet ASUIT disponibile sul sito aziendale all'indirizzo <https://www.asuit.tn.it/documenti/manuale-di-gestione-degli-archivi>
- I dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.
- Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (Asuit) con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'Ufficio rapporti con il pubblico (URP) sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@asuit.tn.it.
- Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente della struttura destinataria della presente richiesta di accesso documentale.
- L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e- mail ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it
- L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

Firma_____