



**MODELLO A)**

**Taranto** \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT....A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**COPIA AUTENTICA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA, RELATIVA AI RICOVERI :**

	<b>DEGENZA NEL REPARTO</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>
<b>01</b>			
<b>02</b>			
<b>03</b>			
<b>04</b>			

Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria

Firma \_\_\_\_\_

Alla presenta domanda deve essere allegata copia del documento di riconoscimento di identità.



**MODELLO B)**

Taranto \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT....A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**D E L E G A**

**....L....** \_\_\_\_\_

**NAT....A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**A RITIRARE COPIA AUTENTICA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA, RELATIVA AI RICOVERI :**

	DEGENZA NEL REPARTO	DAL	AL
<b>01</b>			
<b>02</b>			
<b>03</b>			
<b>04</b>			

Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria

Firma \_\_\_\_\_

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT....A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**D E L E G A T O**

**Dichiara di avere ritirato in data odierna copia della cartella clinica come sopra richiesta**

**.....li.....** **Firma** \_\_\_\_\_

**Si allegano documenti di riconoscimento di entrambi.**



**MODELLO C)**

**Taranto** \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....**\_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**il rilascio di copia della cartella clinica del\_ sig...\_\_\_\_\_ nato/a a**  
**\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Alla**  
**via.....**

**RELATIVA AI RICOVERI**

	<b>DEGENZA NEL REPARTO</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>
<b>01</b>			
<b>02</b>			
<b>03</b>			
<b>04</b>			

**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. del 28 dicembre 2000 DICHIARA di avere con il titolare della cartella clinica che si richiede il seguente rapporto:**

- genitore esercente la patria potestà**
- germano**
- coniuge**
- curatore**
- coniuge separato**
- tutore**
- figlio**

**-Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria.**

**Firma**\_\_\_\_\_

**SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**

**Si dichiara che il richiedente ha apposto la firma in presenza del funzionario preposto allo sportello sig.\_\_\_\_\_ (firma leggibile)**



**MODELLO D)**

**Taranto** \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT....A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio del certificato di ricovero in carta semplice.

A) senza diagnosi per motivi di:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> lavoro                | <input type="radio"/> congedo retribuito (fino a gg. 3) |
| <input type="radio"/> assicurazione privata | <input type="radio"/> contravvenzione stradale          |
| <input type="radio"/> riscossione pensione  | <input type="radio"/> scuola                            |

B) con diagnosi per motivi di:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> domanda di invalidità  | lavoro, insidia stradale, infortunio sportivo  |
| <input type="radio"/> motivi familiari   |  |
| <input type="radio"/> per assicurazione in seguito ad incidente stradale, infortunio sul | <input type="radio"/> congedo per allattamento |

Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria

Firma \_\_\_\_\_

Alla presenta domanda deve essere allegata copia del documento di riconoscimento di identità.



**MODELLO E)**

**Taranto** \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**D E L E G A**

**....L ...** \_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

Per il rilascio del certificato di ricovero in carta semplice.

**A) senza diagnosi per motivi di:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> lavoro                | <input type="radio"/> congedo retribuito (fino a gg. 3) |
| <input type="radio"/> assicurazione privata | <input type="radio"/> contravvenzione stradale          |
| <input type="radio"/> riscossione pensione  | <input type="radio"/> scuola                            |

**B) con diagnosi per motivi di:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> domanda di invalidità  | lavoro, insidia stradale, infortunio sportivo  |
| <input type="radio"/> motivi familiari   |  |
| <input type="radio"/> per assicurazione in seguito ad incidente stradale, infortunio sul | <input type="radio"/> congedo per allattamento |

Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria

Firma \_\_\_\_\_

**Si allegano documenti di riconoscimento di entrambi.**

**...L... SOTOSCRITT.....** \_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**D E L E G A T O**

**Dichiara di avere ritirato in data odierna copia della cartella clinica come sopra richiesta**

**.....li.....**

**Firma** \_\_\_\_\_



**MODELLO F)**

**Taranto** \_\_\_\_\_

**Alla Direzione Sanitaria P.O. di .....**

**...L... SOTTOSCRITT.....**\_\_\_\_\_

**NAT.... A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN** \_\_\_\_\_ **ALLA VIA** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio del certificato di ricovero in carta semplice.

del\_\_ sig...\_\_\_\_\_, nato/a a ....., il ..... e  
residente in ..... Alla via.....

**A) senza diagnosi per motivi di:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> lavoro                | <input type="radio"/> congedo retribuito (fino a gg. 3) |
| <input type="radio"/> assicurazione privata | <input type="radio"/> contravvenzione stradale          |
| <input type="radio"/> riscossione pensione  | <input type="radio"/> scuola                            |

**B) con diagnosi per motivi di:**

- domanda di invalidità
- motivi familiari
- per assicurazione in seguito ad incidente stradale, infortunio sul lavoro, insidia stradale, infortunio sportivo
- congedo per allattamento

**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. del 28 dicembre 2000 DICHIARA di avere con il titolare della cartella clinica che si richiede il seguente rapporto:**

- genitore esercente la patria potestà
- coniuge
- coniuge separato
- figlio
- germano
- curatore
- tutore

-Il sottoscritto presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati sensibili esclusivamente per lo svolgimento delle operazioni necessarie all'espletamento delle procedure del rilascio della documentazione sanitaria.

Firma \_\_\_\_\_

**Si allegano documenti di riconoscimento di entrambi.**

Si dichiara che il richiedente ha apposto la firma in presenza del funzionario preposto allo sportello sig. \_\_\_\_\_ (firma leggibile)



## **INFORMATIVA ALL'UTENTE A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI PROPRI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 ( Codice in materia di protezione dei dati personali, d'ora in avanti Codice sulla Privacy )

### **LA INFORMIAMO CHE**

a) i dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Codice sulla Privacy e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta l'Azienda USL di Taranto ( d'ora in avanti AUSL di Taranto ). Tali dati, tra cui sono ricompresi i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, saranno oggetto di trattamento solo con il consenso dell'interessato, che – in questo caso – è la persona fisica cui si riferiscono i dati personali. Il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale è consentito, in virtù degli articoli 75 e seguenti del Codice sulla Privacy, in quanto necessario per lo svolgimento dell'attività istituzionale della AUSL di Taranto;

b) tali dati saranno trattati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi; potranno, inoltre, essere trattati in forma anonima al fine di svolgere indagini epidemiologiche e similari, per fini di ricerca scientifica, per studi clinici e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute nell' AUSL di Taranto;

c) i dati personali e sensibili saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla Legge;

d) i dati personali che La riguardano saranno trattati in modo lecito e corretto, raccolti esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa, costantemente aggiornati e conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per cui i dati sono raccolti;

e) il trattamento essenzialmente consiste nella:

- istituzione di una scheda personale ( cartella clinica, scheda infermieristica o altri documenti simili) contenente dati anagrafici, amministrativi, fiscali, sanitari che sono necessari ed indispensabili per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi;
- stesura di referti e certificazioni;
- redazione di documenti obbligatori ai fini amministrativi e/o fiscali;

f) il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e/o mediante strumenti elettronici, l'accesso e il trattamento dei dati sono consentiti al personale dell' AUSL di Taranto e a coloro che, per conto della AUSL, svolgono attività di supporto istituzionale, previamente nominati responsabili, incaricati, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza prescritte dal Codice sulla Privacy;

g) il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al punto b) e pertanto il mancato conferimento può comportare per l'Azienda Sanitaria un impedimento nel fornire le prestazioni e le cure richieste;

h) i Suoi dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui sopra, ad Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, Enti Previdenziali e Assistenziali, Assessorato Regionale alla Sanità, ed in genere a terzi soggetti destinatari per legge o per regolamento ovvero ai quali la comunicazione è necessaria per l'esercizio dell'attività propria dell' AUSL di Taranto

Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, ad organismi di informazione e sicurezza od altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati;

i) i dati idonei a rivelare lo stato di salute non saranno oggetto di diffusione;

j) i dati potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'U.E. nell'ambito delle finalità di cui sopra e, comunque, nel rispetto dei requisiti richiesti dalla normativa sul trattamento dei dati personali riguardo al trasferimento dei dati all'estero;

k) il Titolare del trattamento è l' AUSL di Taranto, con sede in Viale Virgilio 31 a Taranto , nella persona del Direttore Generale;

l) il responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 7 del Codice è .....

m) L'interessato può rivolgersi presso l'Ufficio Rapporti con il Garante e Tutela della Privacy dell'Azienda Sanitaria per fare valere i Suoi diritti stabiliti dal Codice sulla Privacy;

n) in ogni momento Ella potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs.vo n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente.

..... lì.....

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DELL'UTENTE)

#### **Art. 7 Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5. comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3 L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta; al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

..... lì.....

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DELL'UTENTE)

**SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**