



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto /a _____

Nato/a _____ il _____

Diretto Interessato

Altra Persona avente diritto (*compilare ed allegare M-IO.DS.010-06, autocertificazione del genitore - tutore - ads - erede*)

del paziente: _____

Ricoverato presso la struttura dal _____ al _____

CHIEDO

il rilascio di numero _____ copia/e della cartella clinica, nel seguente formato:

ELETTRONICO

e-mail _____ cellulare _____

CARTACEO (presso la nostra Struttura)

CARTACEO (a mezzo Posta)

senza che ciò comporti alcuna responsabilità dell'Istituto in caso di smarrimento, al seguente indirizzo:

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

NON DESIDERO ricevere notifica via SMS

Sono informato che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196).

Data _____ Firma (*del Richiedente*) _____

AUTORIZZO la struttura ad inviare copia della cartella clinica alla mia Assicurazione.

AUTORIZZO che vengano comunicati, con e-mail al proprio indirizzo di posta elettronica e con SMS al proprio numero di cellulare, gli elementi utili all'accesso al Web per scaricare la cartella clinica.

Firma (*del richiedente*) _____



Allegato alla presente richiesta copia fronte/retro del documento d'identità del richiedente.

MODULO RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA CARTACEA

(paziente)

del paziente: _____

Nato/a _____ il _____

Io sottoscritto/a _____

DELEGO AL RITIRO

persona di mia fiducia compilando la delega sotto riportata e allegando copia del mio documento di Identità

Dati persona delegata:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Data _____ Firma (del Richiedente) _____

Allegare copia fronte/retro documento d'identità del delegante e del delegato

CONSEGNA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA CARTACEA

Quale Interessato **Quale Delegato** **Altra persona avente diritto**

(allegare autocertificazione)

INFORMATIVA PER CARTELLA CLINICA IN FORMATO ELETTRONICO

La cartella clinica in formato elettronico è scaricabile da un'apposita area internet ad accesso sicuro e riservato così come previsto dalla normativa vigente. Il richiedente della cartella clinica riceverà una e-Mail, all'indirizzo di posta elettronica comunicato nella richiesta, contenente le istruzioni per provvedere personalmente a scaricare il documento in formato elettronico. La e-Mail sarà preceduta da un SMS al numero di cellulare fornito dal richiedente, qualora sia stata scelta l'opzione della ricezione notifica via SMS.

Ufficio Cartelle Cliniche Piano -2 Ascensori:14 – 15 – 16 (Ingresso da via R. Galeazzi)

Orari: Lun – Ven. 10.00–14.00

mail: archivio.iog@grupposandonato.it

Tel. 02.66214830 / 02.66214831 Fax. 02.66214714



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Sono informato che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196).

Data: _____ Firma per Ritiro: _____

Firma dell'Addetto alla consegna: _____

Informativa trattamento dati personali per l'acquisizione della copia digitalizzata cartella clinica

Ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003, La informiamo di quanto segue:

- 1) I dati oggetto del presente flusso di comunicazioni sono trattati esclusivamente per le finalità della gestione della richiesta e per la consegna della copia digitalizzata della cartella clinica.
- 2) I dati dell'interessato sono di natura sensibile e il loro trattamento è necessario per assolvere alle predette finalità.
- 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.
- 4) 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.
- 5) Il conferimento del consenso dell'interessato al trattamento dei dati di cui al presente flusso di comunicazioni, per le finalità predette, è stato reso in fase di istruttoria della richiesta.
- 6) I dati personali non saranno oggetto di alcuna diffusione.
- 7) Il titolare del trattamento dei dati è l'Istituto Ortopedico Galeazzi con sede in Milano, via Riccardo Galeazzi 4, nella persona dell'Amministratore Delegato, che ha nominato responsabile esterno al trattamento dei dati Microdisegno s.r.l. - Via del Commercio, 3 - 26900 Lodi.

8) DIRITTI DELL'INTERESSATO DA ESERCITARE PRESSO IL TITOLARE E IL RESPONSABILE

L'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 riconosce all'interessato taluni diritti, tra cui quello esercitabile in qualsiasi momento di:

- 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 rettificazione e quando vi ha interesse l'integrazione;

ai sensi del medesimo articolo 7, l'interessato ha il diritto di chiedere: la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi al trattamento.