

	Titolo documento MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA	Cod. identificativo MD01_29 Rev. 1 DATA: 22/05/2025 Pagina 1 di 3
---	---	---

Modulo richiesta documentazione clinica

In conformità al D. Lgs 196/2003 e successive modifiche

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ Prov. _____, il _____/_____/_____
residente a _____ Prov. _____ in
via _____, codice fiscale _____
in qualità di:

- Ospite *Oppure:* Erede legittimo (*specificare il grado di parentela*) _____
 Erede testamentario ⁽¹⁾ _____
 Amministratore di sostegno _____
 Tutore _____
 Curatore ereditario _____

del Titolare della documentazione clinica:

cognome e nome _____
nato/a _____ Prov. _____, il _____/_____/_____
residente a _____ Prov. _____, in
via _____, codice fiscale _____

RICHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

Copia della cartella clinica relativa al seguente periodo:

- dalla data _____ alla data _____

SPECIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA _____

MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

- personalmente alla reception
- persona delegata
- via posta elettronica certificata o ordinaria: _____
- spedizione postale all'indirizzo (*con spese a carico del destinatario*): _____

IN CASO DI DELEGA AL RITIRO

Il/La sottoscritto/a _____ delega al ritiro della documentazione richiesta, il/la sig./ra
cognome e nome _____ nato/a _____, il _____/_____/_____

Data _____ Firma del richiedente _____

	Titolo documento MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA	Cod. identificativo MD01_29 Rev. 1 DATA: 22/05/2025 Pagina 2 di 3
---	---	--

PARTE RISERVATA ALLA FONDAZIONE

Agli Uffici Amministrativi

Ricevuta da _____ in data ____/____/_____

N. copie effettuate: _____

Firma dell'operatore _____

TEMPI DI CONSEGNA

In base a quanto previsto nella Carta dei Servizi.

TARIFFE PER IL RILASCIO E MODALITA' DI PAGAMENTO

Il costo per il rilascio della copia della cartella clinica o altra documentazione è di Euro 0,30 a foglio

In caso di spedizione oltre ai suddetti importi saranno addebitate anche le spese di spedizione postali

Il pagamento potrà avvenire:

In contanti o pagamento elettronico

Con Bonifico Bancario: Causale: pagamento riproduzione atti+nominativo dell'Ospite

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)

La Fondazione Opera Pia Mastai Ferretti, quale Titolare del Trattamento dei dati personali, La informa che il trattamento dei dati forniti con il presente modulo, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'evasione della Sua richiesta.

La base giuridica su cui si fonda suddetto trattamento è rinvenibile nell'adempimento di un obbligo di legge cui il Titolare è soggetto (art. 6, parag. 1, lett. c del GDPR) ed il trattamento stesso verrà svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'uso di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati.

Il trattamento verrà effettuato dai dipendenti e dai collaboratori, anche esterni, del Titolare del trattamento nonché dai soggetti che forniscono servizi connessi o strumentali alle finalità sopradescritte (es. servizi tecnici, ...). Rimane inteso che suddetti soggetti agiranno in qualità di autorizzati/Responsabili esterni del trattamento.

I dati personali forniti verranno conservati per il tempo strettamente necessario all'istruzione dello specifico procedimento e per l'ulteriore tempo necessario ad assicurare gli adempimenti agli obblighi di legge. Inoltre, la conservazione potrà protrarsi in ipotesi di contenzioso giudiziale e per tutta la durata dello stesso.

I medesimi dati potranno, da ultimo, essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo consenta.

In nessun caso i dati saranno oggetto di diffusione e/o trasferimento verso Paesi terzi.

Il conferimento dei dati personali, necessari al perseguitamento delle finalità di cui sopra, è libero purtuttavia esso costituisce requisito per la conclusione dell'iter di evasione della richiesta.

Il trattamento dei dati personali verrà effettuato nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE n. 2016/679, con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. A tal fine, sono state implementate e vengono costantemente applicate specifiche misure tecniche ed organizzative di sicurezza per prevenire la perdita dei dati, contrastare possibili usi illeciti o non corretti ed evitare eventuali accessi non autorizzati di terzi.

	Titolo documento	Cod. identificativo
	MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA	MD01_29 Rev. 1 DATA: 22/05/2025 Pagina 3 di 3

Nessun processo decisionale automatizzato viene adottato.

Agli interessati è garantito l'esercizio dei diritti riconosciuti dagli artt. da 15 a 21 del GDPR, tra i quali quello di chiedere al Titolare l'accesso, la rettifica o la cancellazione dei predetti dati, la limitazione del trattamento degli stessi oltreché il diritto di opporsi al trattamento, rivolgendo la richiesta al Titolare del trattamento ovvero al Suo DPO contattabile ai seguenti recapiti: tel. 071/7918810; e-mail: segreteria@operapiamastai.it; posta elettronica certificata: mastaiferretti@pec.it.

Qualora ritengano che il trattamento dei propri dati sia stato effettuato in violazione delle previsioni recate dal GDPR e della normativa nazionale vigente gli interessati potranno proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, per quanto di competenza di tale Autorità