

## MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E/O VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

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

Io sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)  
 Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)  
 In via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Documento di identità n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CHIEDO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE DI SEGUITO INDICATA RELATIVA A

Me stesso

Altro avente diritto (in questo caso compilare la "Dichiarazione sostitutiva di Certificazione"  
(Autocertificazione ai sensi del Art. 46 del DPR 554/2000), presente sul retro del modulo

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

CARTELLA CLINICA relativa al/ai ricovero/i presso il Centro Cardiologico Monzino  
(Costo: €30 in formato elettronico scaricabile da internet o in formato cartaceo con invio a mezzo posta, €40 in formato cartaceo e ritiro in Istituto)

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ n. ....  
 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO del giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [Richiesta gratuita]

Bonifico Bancario Iban: **IT0310569601600000002658X72**

### CHIEDO

Che la suddetta documentazione mi venga rilasciata con le seguenti modalità:

**FORMATO ELETTRONICO (PDF)**

A tal fine AUTORIZZO che vengano comunicati, con e-mail e con sms all'indirizzo mail e al numero di cellulare sotto indicati, gli elementi utili all'accesso al Web per scaricare la cartella clinica.

e-mail [ \_\_\_\_\_ ]  
 cellulare [ \_\_\_\_\_ ]

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

#### 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.

**CARTACEO Spedizione a mezzo Posta**

**Numero copie richieste:** | | |

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ Civico \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**CARTACEO da ritirare presso la nostra Struttura**

**Numero copie richieste:** | | |

**ATTENZIONE: per ricevere l'avviso di ritiro/spedizione della documentazione clinica richiesta**

**È INDISPENSABILE indicare il numero di cellulare al quale inviare l'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 il Centro Cardiologico Monzino a consegnare la fotocopia della cartella clinica relativa al ricovero alla SOCIETA' ASSICURATRICE al fine di ottenere il rimborso delle prestazioni eseguite presso codesto istituto.

Firma (del Richiedente) \_\_\_\_\_

**Spazio riservato al personale CCM**

Data ricezione richiesta / /

Convenzione  SSN  Altro \_\_\_\_\_

Pagamento a mezzo:  Contanti/Bancomat/Carta di Credito  
 Bonifico Bancario (allegare ricevuta del bonifico)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Autocertificazione) Art. 46 DPR 445/2000

Io sottoscritto Cognome  Nome   
Nato/a il / /  a  Prov. ()  
Documento di identità n°  Rilasciato da  il

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n° 46

**DICHIARO DI ESSERE**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> genitore   | <input type="checkbox"/> legittimo erede (allegare certificato sostitutivo di atto notorio) |
| <input type="checkbox"/> esercente la potestà genitoriale (allegare copia della sentenza di nomina) | <input type="checkbox"/> altro _____  |
| <input type="checkbox"/> tutore (allegare copia della sentenza di nomina)                           | (allegare documentazione a riprova dello stato dichiarato)                                  |
| <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno (allegare copia della sentenza di nomina)       |   |

Data / /  Firma per esteso del dichiarante \_\_\_\_\_



**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ACQUISIZIONE DELLA COPIA  
DIGITALIZZATA DELLA 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 il Centro Cardiologico Monzino Spa con sede in Milano, via Parea 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.

Data

Firma del richiedente per presa visione \_\_\_\_\_