

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

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

CHIEDO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA DI:

- Me stesso
 Altro avente diritto del Sig./ra
 (in questo caso compilare la "Dichiarazione sostitutiva di Certificazione") presente a pagina 2

DELLA CARTELLA CLINICA relativa al/ai ricovero/i presso il Centro Cardiologico Monzino:

dal ____/____/____ al ____/____/____
 dal ____/____/____ al ____/____/____

Di seguito si riportano i Costi copia conforme all'originale della Cartella Clinica per singolo ricovero:

30€: formato elettronico scaricabile da internet

50€: formato cartaceo con invio a mezzo posta (aggiungere 15€ da includere al bonifico)

50€: in formato cartaceo e ritiro in Istituto

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO - [Richiesta gratuita]
 del giorno ____/____/____

ESTRATTO CARTELLA CLINICA - [Richiesta gratuita]
 del ricovero ____/____/____ [Indicare il documento richiesto:]

Bonifico Bancario Iban: **IT03 I056 9601 6000 0000 2658 X72 - Banca Popolare di Sondrio**
 Intestatario: **Centro Cardiologico Monzino**
 Causale: **Richiesta Cartella Clinica [Nome Cognome Paziente]**

CHIEDO

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

FORMATO ELETTRONICO (PDF)

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 con richiesta di conferma da parte dell'utente
- un sms al numero di cellulare

comunicati e autorizzati di seguito con le istruzioni per provvedere personalmente a scaricare il documento in formato elettronico.

E-mail: _____

Numero di cellulare: _____

Firma del Richiedente **X** _____

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

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

CARTACEO Spedizione a mezzo Posta

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

Cognome _____ Nome _____
Via/Piazza _____ Civico _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____

CARTACEO da ritirare in Struttura presso Ufficio Ricoveri (Piano Terra)

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

indicare il numero di cellulare al quale inviare l'SMS: [_____]

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 rilasciato dal comune di residenza del paziente) |
| <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 _____

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)

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

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

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ACQUISIZIONE DELLA COPIA DIGITALIZZATA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Ai sensi dell'art 13 del Regolamento Generale UE 679/2016 sulla Protezione dei Dati Personali

La informiamo che i dati acquisiti con la modulistica per richiedere copia di documentazione clinica (anagrafica, nominativo, indirizzo, posta elettronica, numero di cellulare, tipologia di documentazione clinica richiesta ecc) vengono trattati esclusivamente per poter dare seguito alla richiesta di copia della documentazione clinica.

La loro acquisizione è necessaria al fine di poter gestire la richiesta e la base giuridica per il loro trattamento è l'art. 6, comma 1, lett. b) e c) del GDPR.

Tali dati si configurano come dati personali di carattere generale che consentono di identificare una persona e saranno trattati, da parte di personale appositamente autorizzato, sia in modalità cartacea che digitale mediante adozione di specifiche misure di sicurezza atte a prevenire i rischi di accesso non autorizzato, distruzione o perdita.

Titolare del trattamento è il Centro Cardiologico Monzino con sede legale in Via Filodrammatici 10, 20121 Milano, e con sede operativa principale Via Carlo Parea n° 4, 20138 Milano

Per esercitare i suoi diritti in tema di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, conservazione, opposizione, portabilità dei dati personali; per conoscere la denominazione delle società o soggetti terzi che tratteranno i suoi dati personali, o per conoscere il suo diritto di reclamo ad una autorità di controllo, può rivolgersi direttamente al

Responsabile Protezione Dati Personali Centro Cardiologico Monzino, utilizzando i seguenti dati di contatto:

- Mail privacy@cardiologicomonzino.it
- Pec direzione.sanitariaccm@legalmail.it

** **Dato personale:** qualunque informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile "interessato"; si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo on line o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale (art. 4, comma 1, Regolamento UE 2016/679).*