



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 _____

☐ VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

del giorno _____

☐ ESTRATTO CARTELLA CLINICA

del ricovero _____

Indicare il documento richiesto:

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** _____

☐ **CARTACEO - Costo della spedizione di 15,00€**

Bonifico Bancario Iban: **IT42 L053 8701 6180 0004 9075 829 – BPER filiale di Milano**

Intestatario: **Centro Cardiologico Monzino**

Causale: **Richiesta Cartella Clinica [Nome Cognome Paziente]**

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. _____

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** 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

☐ genitore

☐ esercente la potestà genitoriale (allegare copia della sentenza di nomina)

☐ tutore (allegare copia della sentenza di nomina)

☐ amministratore di sostegno (allegare copia della sentenza di nomina)

☐ legittimo erede (allegare certificato sostitutivo di atto notorio rilasciato dal comune di residenza del paziente)

☐ altro _____
(allegare documentazione a riprova dello stato dichiarato)

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).*