



MODULO DI RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

INTESTATARIO DELLA CARTELLA

Nome Cognome

Luogo e data di nascita Prov (.....)

Codice Fiscale

Telefono e-mail

RICHIEDENTE (Compilare solo se diverso da intestatario della cartella)

Nome Cognome

Luogo e data di nascita Prov (.....)

Codice Fiscale

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000. In caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA DI ESSERE

- Intestatario
- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore/Curatore dell'intestatario
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

CHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA del ricovero dal al con le seguenti modalità:

- Ritiro allo sportello Accettazione

- Servizio di spedizione con posta raccomandata A/R al seguente indirizzo

.....

- Invio tramite e-mail al seguente indirizzo

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiero e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R.

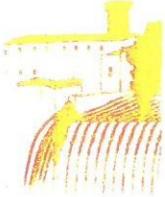
2. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal servizio postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile).

3. Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del regolamento 2016/679, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la Casa di Cura Privata Santa Teresa.

ISOLA DEL LIRI, IL

FIRMA

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità



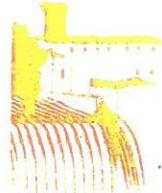
CASA DI CURA PRIVATA SANTA TERESA

ISOLA DEL LIRI

di Miacci V.T., Fabio & C. S.r.l.

Accreditata S.S.R.

**Ortopedia e Traumatologia - Day Surgery - Chirurgia Ambulatoriale
Analisi Chimico Cliniche - Radiologia - Cardiologia**



DELEGA PER IL RITIRO DEL REFERTO

Io sottoscritto/a

DELEGO

Il/la sig/ra

a provvedere al ritiro del referto dell'esame da me eseguito presso il vostro servizio.

Documento di riconoscimento del delegante n.

Emesso da

Documento di riconoscimento del delegato n.

Emesso da

Data Firma del delegante.....

N.B. Per ritirare il referto il delegato deve esibire un proprio documento di riconoscimento e quello (o copia) del delegante. Entrambi in corso di validità.

dal 1955

Via Nazionale, 7/25 - ISOLA DEL LIRI (FR)
Tel. 0776.8029 (6 linee r.a.) • Laboratorio Analisi: tel. 0776.8029108
www.clinicasteresa.it • email: clinicasteresa@clinicasteresa.it
Partita IVA 01707900609

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ARTT. 13 E 14 GDPR - REGOLAMENTO UE 679/2016 E D.LGS. 101/2018

Gentile Paziente,

In osservanza di quanto prevede il Regolamento Europeo 2016/679 (in sigla GDPR) e D.Lgs. 101/2018, Casa di Cura Privata Santa Teresa desidera informarLa che i dati personali da Lei forniti o da Casa di Cura Privata Santa Teresa acquisiti nell'ambito della propria attività, necessari per dare esecuzioni ai servizi a Lei offerti, sono trattati nel rispetto della normativa in materia di privacy e dei principi di **correttezza, di liceità, di trasparenza e di tutela** della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Titolare del Trattamento è **Casa di Cura Privata Santa Teresa – P.IVA 01707900609**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei Suoi dati personali. Il Titolare del Registro dei Trattamenti, in qualità di Legale Rappresentante di Casa di Cura Privata Santa Teresa, è Adriana Mattei, che potrà essere contattato per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Casa di Cura Privata Santa Teresa	
E-mail	clinicasteresa@clinasteresa.it
Telefono	0776 80291
Indirizzo	Via Nazionale 7-25, 03036 Isola del Liri (FR)

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

FINALITÀ	DATI TRATTATI	BASE GIURIDICA
Per svolgere le attività di relazione con l'interessato in base agli accordi precontrattuali e contrattuali come i servizi richiesti dall'interessato (per prevenzione, diagnosi, cura, terapia, riabilitazione e tutte le prestazioni farmaceutiche e specialistiche richieste dall'interessato ed erogabili dal titolare)	Dati ordinari di identificazione personale e di contatto (a titolo esemplificativo e non esaustivo, nominativo, indirizzo, e-mail, numero di telefono, ecc.). Dati sanitari necessari per dar luogo alla prestazione	Adempimento di obblighi contrattuali o misure precontrattuali (GDPR 679/2016 Art. 6 Par 1) lettera b) e c) e GDPR 679/2016 art. 9 Par. 1) lett. h))
Per adempiere agli obblighi fiscali, amministrativi, contabili e legali del Titolare come previsto da leggi e da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da richieste dell'Autorità Giudiziaria.	Dati amministrativi, fiscali, contabili (a titolo esemplificativo e non esaustivo, la tessera sanitaria, il codice fiscale, la partita iva, ecc.)	Obblighi legali cui è soggetto il titolare del trattamento (GDPR 679/2016 Art. 6 Par 1) lett. c))
Per esercitare i propri diritti (ad esempio il diritto di difesa in giudizio) e per individuare eventuali attività dolose o fraudolente	Dati forniti dall'interessato. Dati di valutazioni sull'andamento del rapporto contrattuale e sui rischi ad esso connessi, sulla veridicità dei dati forniti, sul corretto utilizzo di prodotto e servizi	Legittimo interesse prevalente del titolare o di terzi (GDPR 679/2016 Art. 6 par. 1) lett. f))
Per inviare comunicazioni via e-mail, posta, chat, sms, ecc. riguardo prodotti e/o servizi	Dati di identificazione e contatto (a titolo esemplificativo e non esaustivo, nominativo, recapiti)	Consenso (GDPR 679/2016 Art. 6 Par 1) lettera a) Art. 7))

DIRITTI DELL'INTERESSATO

In relazione ai dati oggetto del trattamento di cui alla presente informativa, Le è riconosciuto in qualsiasi momento il diritto di:

- Accesso (art. 15 Regolamento UE n. 2016/679);
- Rettifica (art. 16 regolamento UE n. 2016/679);
- Cancellazione (art. 17 Regolamento UE n. 2016/679);
- Limitazione (art. 18 Regolamento UE n. 2016/679);
- Portabilità, intesa come diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti (art. 20 Regolamento UE n. 2016/679);
- Opposizione al trattamento (art. 21 Regolamento UE n. 2016/679)
- Revoca del consenso al trattamento senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca (art. 7, par. 3 Regolamento UE n. 2016/679)
- Reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la Protezione dei Dati Personal

D'altra parte Lei ha l'obbligo legale di fornire i suoi dati come previsto dalla normativa, ed è soggetto a sanzioni in caso contrario, sempre secondo la normativa sul trattamento di dati vigente.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei Suoi dati è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e minimizzazione dei dati (privacy by design) ed è effettuato anche attraverso modalità automatizzate atte a memorizzarli, elaborarli e trasmetterli. Avviene ed avverrà mediante misure tecniche, atte a garantire, fra l'altro, la sicurezza, la riservatezza, l'integrità, dei sistemi e dei servizi, evitando il rischio di perdita, distruzione, uso illecito, nonché mediante misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati, nel rispetto di quanto previsto dall'**art. 32 del GDPR 2016/679**

AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE – DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti sono eventualmente comunicati alle seguenti categorie di soggetti che svolgono attività connesse e strumentali alla prestazione dei servizi sanitari erogati:

- Soggetti che agiscono tipicamente in qualità di responsabili del trattamento ossia: persone fisiche o giuridiche, autorità pubbliche, collaboratori quali dipendenti, professionisti, fornitori di servizi enti e associazioni;
- Enti obbligatori per legge ai fini delle attività sanitarie e amministrative (ad esempio Aziende Sanitarie Locali, Regione, MEF, SOGEI ecc.);
- Strutture sanitarie private per esigenze relative al processo di cura della salute e/o attività amministrative strettamente connesse e correlate;
- Fondi, assicurazioni e società collegate che gestiscono i Suoi dati esclusivamente per le finalità di autorizzazione e rimborso delle prestazioni sanitarie;
- Autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria (su specifica richiesta) e altri enti destinatari per leggi e regolamenti;
- Società che prestano servizi informatici;
- Medico curante in casi di comprovata urgenza e necessità.

Possono inoltre accedere ai Suoi dati personali i soggetti interni e/o esterni alla struttura in qualità di soggetti autorizzati e/o responsabili al trattamento al fine dell'adempimento delle mansioni e dei compiti loro attribuiti in funzione delle finalità in precedenza

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati raccolti sono trattati per i tempi necessari agli scopi per i quali sono stati raccolti, e comunque non oltre i tempi prescritti dalle norme di legge. I dati necessari a fini fiscali sono conservati fino a quando non siano definiti gli accertamenti relativi al corrispondente periodo di imposta, quindi per almeno 10 anni e più se la relativa annualità non

è ancora prescritta ai fini fiscali. Alla scadenza i dati saranno cancellati o anonimizzati, a meno che non sussistano ulteriori finalità per la conservazione degli stessi (es. obblighi di fornitura garanzia, obblighi fiscali) **Art. 5 GDPR 2016/679**



CASA DI CURA PRIVATA
SANTA TERESA
ISOLA DEL LIRI

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

CASA DI CURA PRIVATA SANTA TERESA SRL

VIA NAZIONALE 7/25

03036 ISOLA DEL LIRI (FR)

P.IVA 01707900609

BANCA POPOLARE DEL FRUSINATE

IBAN: IT 17 K 05297 74470 CC 1070007580

IMPORTO:

€ 15 (per email o allo sportello)

€ 25 (spedizione per posta raccomandata)

CAUSALE BONIFICO:

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA NOME + COGNOME E DATA DI
NASCITA + PERIODO DI RICOVERO