

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

RICHIESTA N. _____/20 _____ consegna prevista _____ operatore _____

COMPILARE IN STAMPATELLO

Titolare della documentazione Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

telefono _____

Il richiedente _____ in qualità di _____

CARTELLA CLINICA (consegna prevista entro 30 giorni dalla richiesta)

Reparto _____ dal _____ al _____ n. copie _____

Reparto _____ dal _____ al _____ n. copie _____

Reparto _____ dal _____ al _____ n. copie _____

PRESTAZIONE AMBULATORIALE (consegna prevista entro 10 giorni dalla richiesta)

_____ n. copie _____
(specificare tipo e data di effettuazione della prestazione)

IMMAGINI ECOCARDIOGRAFIA, TRACCIATI EEG SU C.D. /D.V.D. (consegna prevista entro 10 giorni dalla richiesta)

_____ n. copie _____
(specificare tipo e data di effettuazione della prestazione)

IMMAGINI RADIOLOGICHE, su ☐ **C.D. /D.V.D.** ☐ **RADIOGRAMMI** (consegna prevista entro 10 giorni dalla richiesta)

_____ n. copie _____
(specificare tipo e data di effettuazione della prestazione)

IMPEGNATIVA (consegna prevista entro 10 giorni dalla richiesta)

_____ n. copie _____
(specificare tipo e data di effettuazione della prestazione)

RICHIESTA URGENTE: ☐ **NO** ☐ **SI** (consegna prevista entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta)

Con la firma in calce si sottoscrive che, in caso di richiesta urgente, la stessa prevede il pagamento di una tariffa supplementare e la consapevolezza che la documentazione all'interno della cartella clinica potrebbe non essere completa, qualora ci fossero in corso indagini necessarie al completamento dell'iter diagnostico.

PER USO: ☐ personale ☐ assicurativo ☐ medico ☐ legale

RI TIRO ALLO SPORTELLO: (previa conferma telefonica 2/3 giorni prima della data di consegna)

☐ dal titolare stesso

☐ da persona delegata: _____
(cognome e nome, luogo e data di nascita)

INVIO IN CONTRASSEGNO: ☐ all'indirizzo del titolare ☐ ad altro indirizzo indicato dal titolare (scrivere nella parte sottostante)

Il mancato ritiro entro 30 giorni dalla data di consegna prevista, comporta la spedizione della documentazione all'indirizzo del titolare o ad altro indirizzo da lui indicato a mezzo raccomandata-contrassegno.

Data _____

Firma del richiedente _____

(allegare fotocopia documento di identità valido)

Informazioni sul trattamento dei dati personali (Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale UE 2016/679)

L'ORAS, in qualità di titolare del trattamento tratterà i dati personali conferiti con la compilazione del presente modulo, tramite personale specificamente autorizzato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale vengono presentati, nonché per finalità di archiviazione nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la loro mancata indicazione comporterà l'impossibilità di dar seguito alla richiesta presentata. I dati acquisiti nell'ambito della presente procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa e non saranno comunicati a soggetti terzi non autorizzati fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti di cui al capo III del Regolamento (UE) 2016/679 rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati: mediante l'invio di una lettera indirizzata a RPD Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.a Via Padre Leonardo Bello 3/c 31045 Motta di Livenza ovvero via e mail al seguente indirizzo di posta elettronica rpd@ospedalemotta.it indirizzo pec rpd@pec.ospedalemotta.it, tel 0422 287339.