

## RICHIESTA CARTELLA CLINICA OSPEDALIERA DA PARTE DI TERZI

AL DIRETTORE SANITARIO DELL'ASL CN1 DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI

MONDOVI' / CEVA

SAVIGLIANO / SALUZZO FOSSANO

RICHIEDENTE:

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

## CHIEDE

### IL RILASCIO DI COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA DEL SOGGETTO DI SEGUITO GENERALIZZATO

ai sensi dell'art. 92 D.Lgs 196/2003, che prescrive:

“Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è giustificata dalla documentata necessità di a) far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26, comma 4, lettera c), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale inviolabile.”

#### INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA:

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- presso il reparto di \_\_\_\_\_ Ospedale di \_\_\_\_\_  
periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi:

---

---

---

---

## CHIEDE IL RILASCIO

- in forma ordinaria (COSTI PER IL RILASCIO: € 15,00 per la riproduzione della cartella clinica, oltre € 5,00 per la ricerca se trattasi di cartella redatta oltre 10 anni prima dalla presentazione di questa domanda).
- in forma urgente (COSTI PER IL RILASCIO: € 18,00 per la riproduzione della cartella clinica, oltre € 5,00 per la ricerca se trattasi di cartella redatta oltre 10 anni prima dalla presentazione di questa domanda).

## SCEGLIE DI

- ritirare la copia personalmente o far ritirare la copia da persona delegata
- ricevere la copia per posta, (COSTI AGGIUNTIVI PER LA SPEDIZIONE € 5,00), al seguente indirizzo: (specificare solo se diverso da quello già indicato):  
Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

## ALLEGA

- copia della ricevuta del pagamento - effettuato presso:
- le casse dell'ASL CN1 esclusivamente con bancomat/carte di credito
  - tramite versamento sul C/C Postale 11758125 intestato ad A.S.L. CN1 Via C. Boggio 12 – 12100 CUNEO, con causale "FOTOCOPIE L. 241/90"- dell'importo relativo al costo di rilascio della copia della cartella clinica
  - tramite bonifico bancario con causale "FOTOCOPIE L. 241/90":  
Beneficiario: ASL CN1 - Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano  
Banca: Intesa Sanpaolo, filiale di Cuneo, Via Roma 13/B  
Codice IBAN: IT 61F 03069 102131 00000300023  
Codice BIC: BCITITMM (per i bonifici dall'estero, compresi gli stati extraeuropei)  
(se la richiesta viene inviata a mezzo posta oppure trasmessa via fax o via e-mail o recapitata da soggetto diverso dal richiedente)
- fotocopia documento d'identità in corso di validità del sottoscritto richiedente
- documentazione atta a comprovare il proprio interesse ad ottenere copia della cartella clinica:
- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

## DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi al ritiro della cartella clinica.
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

data \_\_\_\_\_ firma (per esteso) \_\_\_\_\_

### **A cura dell'Ufficio ASL CN1 che riceve la richiesta**

Doc. di identificazione \_\_\_\_\_ Conosciuto dall'operatore \_\_\_\_\_

Notifica ai contro interessati in data \_\_\_\_\_

**Visto si autorizza il rilascio.**

**Il Direttore Sanitario di Presidio** \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*Il modulo serve al momento della dimissione dalla struttura ospedaliera o in successivo momento per richiedere copia della cartella clinica relativa al ricovero.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*Le richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica da parte di soggetti diversi dall'interessato della cartella possono essere accolte, in tutto od in parte, solo se l'istanza è giustificata dalla documentata necessità:*

- *di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, ai sensi dell'art. 26, comma 4, lettera c) del D.Lgs.196/2003, di rango pari a quello del soggetto cui si riferiscono i dati della cartella clinica ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale inviolabile;*
- *di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella del soggetto di cui sopra, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.*

*Il Direttore Sanitario di Presidio è tenuto a dare comunicazione dell'istanza ai contro interessati, mediante invio di copia della richiesta di accesso, con raccomandata A.R. o per vie telematiche, per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione.*

*I contro interessati, possono presentare una motivata opposizione, anche per vie telematiche, ex art. 65 D. Lgs 82/2005, alla richiesta di accesso entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione di cui sopra: decorso il succitato termine il Direttore Sanitario, dopo aver accertato l'avvenuta ricezione della comunicazione, evade la richiesta.*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*Il modulo può essere:*

- recapitato personalmente alla Direzione Sanitaria;*
- inviato tramite posta ordinaria o mail alla Direzione Sanitaria di Presidio*
- inviato all'indirizzo PEC dell'ASL CN1: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)*

### **Avvertenze**

- *Alla richiesta deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente*
- *si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA CARTELLA CLINICA**

*La cartella clinica può essere:*

- *ritirata di persona dal richiedente*
- *ricevuta per posta, con spesa aggiuntiva di € 5,00, a carico del richiedente*
- *ritirata da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.*

*La modalità scelta per il ritiro va espressamente indicata sul modulo di richiesta della cartella.*

TEMPO DI RILASCIO: 30 gg per richiesta ordinaria e 7 gg per richiesta urgente - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it).

### **RIFERIMENTI:**

UFFICIO	TELEFONO	E-MAIL
Direzione Sanitaria Ceva	0174 / 723 711	<a href="mailto:dircan.ceva@aslcn1.it">dircan.ceva@aslcn1.it</a>
Direzione Sanitaria Fossano	0172 / 699 281	<a href="mailto:dircan.fossano@aslcn1.it">dircan.fossano@aslcn1.it</a>
Direzione Sanitaria Mondovì	0174 / 677 032	<a href="mailto:dircan.mondovi@aslcn1.it">dircan.mondovi@aslcn1.it</a>
Direzione Sanitaria Saluzzo	0175 / 215 525	<a href="mailto:dircan.saluzzo@aslcn1.it">dircan.saluzzo@aslcn1.it</a>
Direzione Sanitaria Savigliano	0172 / 719 117	<a href="mailto:dircan.savigliano@aslcn1.it">dircan.savigliano@aslcn1.it</a>