

## ALLA DIREZIONE SANITARIA

Il/La Sottoscritto/a.....

Documento d'identità n.: ..... Rilasciata il: ..... N. Cellulare: .....

*avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole del potere di accertamento d'ufficio ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 e delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondenti al vero previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità*

### DICHIARA

*di aver preso visione delle informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati da parte di HUMANITAS San Pio X per le finalità e le modalità ivi descritte.*

### CHIEDE

in qualità di :  Diretto/a interessato/a

Curatore\* / Tutore\* di.....

Esercente potestà\* su .....

Erede\*\* di .....

ricoverato/a presso Humanitas San Pio X dal ..... al .....

Il **rilascio della copia conforme** all'originale:

**Cartella clinica**

inerente al ricovero, sciogliendo a tal fine il Medico curante e la Casa di Cura S. Pio X dal segreto professionale (di cui al paragrafo sottostante).

Autorizza altresì i Medici curanti e Humanitas San Pio X a fornire alla propria Compagnia di Assicurazione e/o al proprio Ente assistenziale tutta la documentazione sanitaria e, in particolare, copia completa della cartella clinica relativa al ricovero, sciogliendo a tal fine il Medico curante e la Casa di Cura dal segreto professionale. Tutto ciò in linea con i principi previsti dal *Regolamento UE 2016/679* e successive modifiche, sul consenso relativo al trattamento dei dati personali sia sensibili che generali.

**Estratto** dalla cartella clinica (*specificare*): .....

chiede che la documentazione richiesta sia spedita per posta all'indirizzo: .....

In fede

Firma .....

Ritirata in data.....

Firma al ritiro .....

### IN CASO DI DELEGA

Il/La Sottoscritto/a.....

### DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra .....

Carta d'identità n. .... Rilasciata il .....

Al **ritiro della copia conforme** all'originale, della **Cartella Clinica**

Al **ritiro della copia conforme** all'originale dell'estratto dalla Cartella Clinica

In fede

Firma del Delegato.....

Ritirata in data..... Firma del Delegato .....

\* Munito di documentazione comprovante

\*\* Munito di Atto Notorio rilasciato dal Comune

**In tutti i casi chi ritira la Copia deve esibire adeguata documentazione comprovante la propria identità**

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

La presente informativa viene resa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati personali, in relazione al trattamento dei Suoi dati personali.

Forniamo quindi le seguenti informazioni:

### **1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento è Humanitas Mirasole S.p.A., con sede legale in Rozzano (Mi), Via Manzoni 56, in persona del legale rappresentante pro tempore.

### **2. DATA PROTECTION OFFICER**

Il Data Protection Officer (DPO) è contattabile via posta elettronica al recapito [dataprotectionofficer@humanitas.it](mailto:dataprotectionofficer@humanitas.it)

### **3. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei Suoi dati personali acquisiti con la suddetta dichiarazione è finalizzato per l'accertamento dell'identità e/o della qualità personale dichiarata.

Per tale finalità, il trattamento dei suoi dati personali è necessario per adempiere ad un obbligo legale previsto per il ritiro della documentazione clinica, in conformità all'art. 6 comma 1, lett. c), Reg. UE 2016/679. La comunicazione dei dati personali è obbligatoria, poiché la mancata comunicazione non consente al Titolare di rilascio della documentazione richiesta.

### **4. DESTINATARI E AMBITI DI COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei dati avverrà con strumenti cartacei e/o informatici da parte del personale dei titolari del trattamento dati opportunamente autorizzato. È escluso qualsiasi diffusione di dati, ma potranno essere trattati anche da soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale per l'esecuzione e assistenza dei servizi forniti al titolare e che operano in qualità di responsabili del trattamento.

L'elenco dei responsabili è a disposizione presso la sedi delle società o scrivendo a [privacy@humanitas.it](mailto:privacy@humanitas.it).

### **5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I suoi dati personali saranno conservati in ottemperanza a quanto previsto dal titolare e massimario del sistema sanitario e sociosanitario di regione lombardia.

### **6. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In riferimento ai dati personali trattati per il Servizio descritto, Lei potrà conoscere in qualunque momento i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, far valere i diritti a Lei riconosciuti dall'art. 15 e segg. del Regolamento UE 2016/679 (diritto di accesso ai dati, di rettifica o cancellazione degli stessi, diritto di limitazione del trattamento o di opposizione allo stesso, diritto alla portabilità dei dati), scrivendo a [privacy@humanitas.it](mailto:privacy@humanitas.it) o [privacy.humanitas@pec.it](mailto:privacy.humanitas@pec.it)

Qualora ravvisi una violazione di legge nel trattamento dei Suoi dati personali può proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Resta comunque salva la possibilità di esperire ricorso davanti all'Autorità giudiziaria competente.

*Gentile Signora, Egregio Signore,*

con la presente, volevamo informarla che la copia della **Cartella Clinica** relativa al suo ricovero effettuato presso, Humanitas San Pio X, può essere richiesta tramite posta elettronica scrivendo all'indirizzo:

cartelle.spiox@sanpiox.humanitas.it

allegando:

- ✓ “Richiesta Copia Cartella clinica” (**R/019-08**) debitamente compilata.
- ✓ Scansione del Documento di Identità dell'intestatario/a del ricovero e, se richiesta da altra persona, scansione del documento del delegato.
- ✓ Attestazione avvenuta esecuzione di Bonifico bancario.

Il **rilascio** della **Cartella Clinica** potrà avvenire

- ✓ direttamente in Struttura presso lo Sportello Ricoveri, al piano terra,  
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 08:00 alle ore 17:00
- ✓ tramite **spedizione a domicilio**.

Il **costo** della copia della Cartella Clinica per i ricoveri effettuati in convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale è pari a **20,00 €** in caso di spedizione a domicilio **26,00 €**

Il pagamento potrà avvenire:

- Sportello Ricoveri, piano terra, giorni e orari sopra indicati;
- Bonifico Bancario:

**Humanitas Mirasole S.p.a.**

**CREDIT-AGRICOLE**

Sede di Milano – Piazza San Fedele 4

**IBAN:** IT 57M 06230 01633 000015261433

**Causale:** Richiesta Cartella Clinica specificando **Nome\_Cognome\_Paziente\_Data Ricovero**