



### RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E/O REFERTI DI PRONTO SOCCORSO

La richiesta deve essere corredata da copia di un documento d'identità dell'avente diritto e deve essere consegnata allo sportello Accettazione Ricoveri. Può essere anche inviata via fax, al numero 02 52774336, o posta elettronica all'indirizzo adt.psd@grupposandonato.it.

**Il presente modulo è destinato esclusivamente alla richiesta di copia di documentazione sanitaria di Pazienti ricoverati o Utenti del Pronto Soccorso dell'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato, via Morandi 30 20097 San Donato Milanese (MI)**

Io sottoscritto/a .....

Nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a .....

Residente a .....

Numero di telefono (per comunicazioni) ..... Documento d'identità .....

In qualità di:

Intestatario della documentazione richiesta

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

- Genitore       Tutore       Curatore  
 Amministratore di sostegno (allego documento attestante i poteri attribuiti all'amministratore sulla salute e cura del paziente)

Del/la (nome e cognome della persona affidata) .....

Nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a .....

Dichiarazione sostitutiva ex art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000. Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere a conoscenza del fatto che chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o false o dati non più rispondenti al vero soggiace a sanzione penale (art. 76 DPR 445/2000) e di essere:

- Erede testamentario       Erede legittimo (grado di parentela) .....  
 Persona avente interesse proprio ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., art. 92 comma 2 → Allego motivazione documentata

Di (nome e cognome della persona affidata) .....

Nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a .....

#### CHIEDO:

Copia conforme di **cartella clinica**

Ricovero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Presso il reparto di .....

Ricovero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Presso il reparto di .....

#### Modalità di consegna:

- copia cartacea con ritiro allo sportello "Accettazione Ricoveri", al costo di 45€ (pagamento allo sportello o bonifico bancario anticipato, si veda riquadro sottostante)  
 copia cartacea con spedizione al domicilio, al costo di 65€ (bonifico bancario anticipato).  
 Download via Internet, al costo di 25€ (pagamento allo sportello o bonifico anticipato)  
e-mail (obbligatorio) .....  
cellulare (obbligatorio) .....

**Per bonifico bancario:** IBAN IT66H0844133710000000023501; Causale del bonifico: "richiesta copia cartella clinica di <nome paziente>"

copia conforme di **referto di Pronto Soccorso**, accesso dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Modalità di consegna:**  copia cartacea con ritiro allo sportello "Accettazione Ricoveri" al costo di 18€

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma .....

Riservato allo Sportello Accettazione Ricoveri

NUMERI CARTELLA CLINICHE RICHIESTE .....

## CONSENSO ALL'ACQUISIZIONE DI COPIA CARTELLA CLINICA CON MODALITÀ TELEMATICA

Compilare solo se si è richiesta copia di cartella clinica con download via Internet

Letta e compresa l'informativa di cui all'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Il Regolamento o GDPR" e consapevole del fatto che:

- il trattamento riguarda anche i Miei dati Particolari e, soprattutto, i Miei dati personali idonei a rivelare il mio stato di salute;
- che il servizio download della copia conforme di cartella clinica è alternativo al tradizionale ritiro cartaceo allo sportello o all'invio per contrassegno da parte della struttura erogatrice della prestazione;
- il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, ai sensi dell'art. 7 del GDPR, in qualsiasi momento;
- il numero cellulare fornito sarà utilizzato per ricevere i codici per l'attivazione del trasferimento telematico del documento elettronico;
- il sistema prevede l'utilizzo di un sistema informatico anche da parte del richiedente, che è responsabile per la sua sicurezza da attacchi informatici;

Acconsento

Non acconsento

al trattamento dei miei dati personali, anche particolari, al fine di avvalermi del servizio di download della copia conforme di cartella clinica con modalità telematica.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma .....

### Istruzioni per il download della documentazione sanitaria via web

**PER AVVIARE IL PROCESSO DI DIGITALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**, lei riceverà una prima e-mail, necessaria alla sua identificazione. Ad essa risponderà completando i dati richiesti: ad es. alcune cifre del Numero del Telefono Cellulare. A seguito di opportuna verifica, riceverà una seconda e-mail contenente un link per scaricare i documenti + un SMS che le comunicherà una Password temporanea (la password sarà composta da 8 caratteri alfabetici/numerici).

**PER SCARICARE I DOCUMENTI DIGITALIZZATI E/O RIMUOVERLI DAL WEB:** Lei potrà attivare il link inviatole nella seconda e-mail. Quando richiesto, inserirà **1) Utente** → indirizzo e-mail fornito al momento della richiesta; **2) Password** → la password ricevuta via SMS; **3) compilerà, inoltre, il campo Captcha** (per evitare collegamenti da parte di programmi malevoli). A questo punto si avvierà la copia dei file sul proprio Personal Computer o altro dispositivo informatico. Potrà collegarsi all'area WEB riservata per il Download/Cancellazione dei file per un tempo determinato (45 giorni, dal ricevimento della e-mail per il download). Trascorsi 45 giorni la documentazione sarà cancellata dall'area web.