



CLINICA FORNACA DI SESSANT

RICHIESTA di COPIA di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria della Clinica Fornaca

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____ Nato a _____

Prov. _____ il _____ Documento di identità _____ n° _____

Rilasciato da _____ Telefono _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Intestatario/a della documentazione sanitaria** (per richieste inoltrate via fax 011.5574400 o e-mail cartelle.cliniche@clinicaforfornaca.it allegare copia del documento d'identità)
- Genitore esercente la patria potestà** (allegare copia del documento di identità e atto notorio MO.DS04.29)
- Tutore/Curatore/amministratore di sostegno** (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)
- Erede legittimo** (allegare copia del documento di identità e atto notorio MO.DS04.29)

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

CHIEDE

- n° _____ copie della cartella clinica/cartella ambulatoriale relativa:
 - al periodo di ricovero dal _____ al _____
 - alla prestazione di chirurgia ambulatoriale del giorno _____

MODALITÀ DI RITIRO

<input type="checkbox"/> Provvederà <u>personalmente a scaricare (DOWNLOAD) la documentazione</u>	<p>Provvedo a <u>scaricare (download)</u> la documentazione da area internet ad accesso sicuro e riservato (https + credenziali di accesso + captcha), su Personal Computer o altro dispositivo informatico. Autorizzo, inoltre, che vengano comunicati, con e-mail al mio Indirizzo di Posta Elettronica e con SMS al mio numero di cellulare, gli elementi utili all'accesso al WEB (istruzioni, link e credenziali) per il download.</p> <p>PER AVVIARE IL PROCESSO DI DIGITALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA, il/la medesimo/a riceverà una prima e-mail, necessaria alla propria identificazione. Ad essa risponderà completando i dati richiesti: ad es. alcune cifre del Numero del Telefono Cellulare. Se tutto OK, riceverà una seconda e-mail contenente un link per scaricare i documenti + un SMS che gli/le comunicherà una Password temporanea (la password sarà composta da 8 caratteri alfabetici/numerici).</p> <p>PER SCARICARE I DOCUMENTI DIGITALIZZATI E/O RIMUOVERLI DAL WEB</p> <p>Il/la sottoscritto/a attiverà il link inviati/gli/le nella seconda e-mail. Quando richiesto, inserirà 1) Utente =</p>
---	---



CLINICA FORNACA DI SESSANT

	<p>alla propria e-mail; 2) Password = la password ricevuta da SMS; 3) compilerà, inoltre, il campo Captcha (per evitare collegamenti da parte di programmi malevoli). Se tutto OK, si avvierà la copia dei file sul proprio Personal Computer o altro dispositivo informatico.</p> <p>Il/la sottoscritto/a potrà collegarsi all'area WEB riservata per il Download/Cancellazione dei file per un tempo determinato (45 giorni, dal primo accesso).</p> <p>Allo scopo indica il seguente indirizzo di posta elettronica per consegna WEB:</p> <p>_____</p> <p>Allo scopo indica il seguente numero di cellulare per consegna WEB:</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/> SPEDIZIONE	<p>Per la spedizione tramite posta raccomandata, indicare di seguito l'indirizzo di destinazione:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Per ricevere l'avviso di spedizione della documentazione clinica richiesta, È INDISPENSABILE indicare qui di seguito il numero di Cellulare: _____</p>

La documentazione sarà disponibile orientativamente entro 20 giorni dalla richiesta (post dimissione).

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge. Per tutte le informazioni sul trattamento dei dati del genitore, tutore/Curatore/amministratore di sostegno, erede legittimo, si invita a leggere l'informativa ex art 13 del Regolamento UE n. 2016/679, consultabile sulla pagina internet: https://www.clinicafornaca.it/content/uploads/2021/04/INF.DG_.05-Informativa-trattamento-dati-personali-del-delegato-FOR.pdf

Data _____

Firma _____