



FONDAZIONE VILLA SALUS

della Congregazione delle Suore Mantellate Serve di Maria di Pistoia

Ospedale Villa Salus - equiparato e accreditato con il SSN

Fondazione con personalità giuridica iscritta al nr. 992 del Registro Regionale delle Persone Giuridiche

Via Terraglio 114,
30174 Venezia Mestre (VE)
Tel. 041 2906411 – Fax 041 2906710
P. IVA e C.F. 04549420273
Numero REA VE - 434003
www.ospedalevillasalus.it

MODULO DI RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA/REFERTI/CD

Cognome	Nome	
Nato/a	il	
Residente in via		
Città	CAP	prov.
Telefono	cell.	E-mail
Documento d'identità n	rilasciato da	il
Codice Fiscale		

Consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti atti non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

CHIEDE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE (barrare la voce interessata):

☐ **Cartella clinica riferita a ricovero:**

Nel periodo dal	____ / ____ / ____	al	____ / ____ / ____	Reparto	_____
Nel periodo dal	____ / ____ / ____	al	____ / ____ / ____	Reparto	_____
Nel periodo dal	____ / ____ / ____	al	____ / ____ / ____	Reparto	_____
Nel periodo dal	____ / ____ / ____	al	____ / ____ / ____	Reparto	_____
Nel periodo dal	____ / ____ / ____	al	____ / ____ / ____	Reparto	_____

☐ **Copia di esami/ referti:**

Richiede copia referto di	del	n.
Richiede copia CD	del	n.

Da compilare in caso di delega ovvero richiesta relativa ad altro soggetto, da presentare con documento di identità del delegato e del delegante

DICHIARA DI ESSERE (barrare la voce che interessa)

- ☐ Erede legittimo/testamentario
- ☐ Fiduciario (Art. 4, Legge n. 219/2017)
- ☐ Tutore / curatore / ammin. di sostegno
- ☐ Altro _____

di (cognome e nome) _____ nato/a il _____
come da allegata documentazione dichiarazione sostitutiva (in caso di delega, firma del delegante _____)



FONDAZIONE VILLA SALUS

della Congregazione delle Suore Mantellate Serve di Maria di Pistoia

Ospedale Villa Salus - equiparato e accreditato con il SSN

Fondazione con personalità giuridica iscritta al nr. 992 del Registro Regionale delle Persone Giuridiche

Via Terraglio 114,
30174 Venezia Mestre (VE)
Tel. 041 2906411 – Fax 041 2906710
P. IVA e C.F. 04549420273
Numero REA VE - 434003
www.ospedevillasalus.it

MODALITÀ DI RICHIESTA

► Richiesta presso lo sportello RITIRO ESAMI dell'ospedale

a seguito di presentazione del presente modulo e di un documento di identità, dal LUNEDÌ al GIOVEDÌ dalle ore 8,00 alle ore 18,00 e il VENERDÌ dalle ore 8,00 alle ore 11,00.

A tale scopo corrispondo la somma di Euro _____ a titolo di rimborso spese (in contanti ovvero presentando copia della distinta di versamento in c/c bancario).

► Richiesta in modalità telematica:

Inoltare, all'indirizzo *e-mail* ufficio.informazioni@ospedevillasalus.it oppure via *fax* al numero **041.2906527**, il presente modulo debitamente compilato e firmato **allegando** copia del documento di identità e copia della distinta di avvenuto pagamento (bancario).

COSTI, PAGAMENTO E SPEDIZIONE

► Costi: **Euro 20,00** per ogni referto cartaceo, **Euro 20,00** per ogni CD e **Euro 10,00** per la risposta scritta. **Euro 6,00 o Euro 3,00 a seconda della tipologia di spedizione postale.**

Euro 40,00 per ogni cartella clinica di ricovero ordinario o ODS (One day Surgery) + **Euro 20,00 in casi di spedizione postale** della cartella.

N.B.: in caso di **fattura superiore ad euro 77,47** è necessario provvedere al pagamento di **euro 2,00 aggiuntivi** per imposta di bollo.

► Il pagamento può avvenire con una delle seguenti modalità:

- **Bonifico Bancario:**

- Intestato a: FONDAZIONE VILLA SALUS DELLA CONGREGAZIONE DELLE SUORE MANTELLATE SERVE DI MARIA DI PISTOIA
- Presso: Banca Monte Paschi di Siena SpA piazza Ferretto – Venezia Mestre
- IBAN: IT 34 T 01030 02010 000001396374
- Causale: *richiesta di copia di documentazione clinica di "Nome e Cognome"* (!Attenzione: indicare il nome e cognome della persona a cui la documentazione clinica si riferisce)

- **In contanti:** presso lo sportello Ritiro Esami dell'Ospedale.

► Invio della copia del tramite spedizione postale:

- ☐ NO, ritirerò la copia presso lo sportello Ritiro Esami
- ☐ SI Compilare il seguente campo:

Indirizzo a cui spedire la cartella clinica/referto/CD,
se diverso dall'indirizzo di residenza dichiarato sopra

Cognome e Nome _____

Via _____

Città _____

CAP _____

Attenzione: nessuna documentazione sanitaria verrà inviata via e-mail.

N.B.: In base alla norma di legge (L. 24/2017, art. 4), la documentazione di cui si chiede copia sarà disponibile entro il termine massimo di trenta giorni (dalla richiesta se cartella o dalla refertazione), in rapporto ad eventuali necessità di completamenti e/o integrazioni. Dopo 60 giorni dalla data stabilita per il ritiro, la documentazione clinica non ritirata, non sarà più disponibile e sarà necessario presentare una nuova richiesta.

Motivo dell'urgenza: _____

Mestre, ____ / ____ / ____

Firma leggibile _____



FONDAZIONE VILLA SALUS

della Congregazione delle Suore Mantellate Serve di Maria di Pistoia

Ospedale Villa Salus - equiparato e accreditato con il SSN

Fondazione con personalità giuridica iscritta al nr. 992 del Registro Regionale delle Persone Giuridiche

Via Terraglio 114,
30174 Venezia Mestre (VE)
Tel. 041 2906411 – Fax 041 2906710
P. IVA e C.F. 04549420273
Numero REA VE - 434003
www.ospedalevillasalus.it

Il sottoscritto, con la compilazione del presente modulo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, autorizza Fondazione "Villa Salus" al trattamento dei propri dati personali, al fine di poter procedere alla consegna della documentazione richiesta. Il testo completo dell'informativa redatta ai sensi del suddetto Regolamento è consultabile sia nei vari locali delle strutture, sia nel portale web aziendale ed altresì in seguito alla presente

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Fondazione "Villa Salus", con sede legale Via Terraglio 114 – 30174 MESTRE VENEZIA C.F. 04549420273 in qualità di titolare del trattamento dei dati personali (di seguito "Titolare"), rilascia la presente informativa all'Interessato nel rispetto della disciplina europea e italiana in materia di protezione dei dati personali.

Il Titolare ha nominato un responsabile della protezione dei dati (DPO), che l'Interessato potrà contattare ai seguenti recapiti: telefono 041/2906022 e-mail privacy@ospedalevillasalus.it.

Finalità e base giuridica del trattamento

Il Titolare tratta i dati personali dell'interessato al fine di poter rispondere a sue specifiche richieste: la base giuridica del trattamento è costituita dalla necessità di perseguire le sopra esposte finalità.

Periodo di conservazione dei dati

Il Titolare tratterà i dati dell'interessato per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi o derivanti dalle richieste effettuate, per il periodo prescritto dalla legge e secondo il termine di prescrizione dei diritti scaturenti dal rapporto, fatta salva l'ulteriore conservazione per il tempo necessario alla definizione (comunque raggiunta) delle controversie eventualmente insorte.

Natura del conferimento dei dati e conseguenze in caso di rifiuto

Il conferimento dei dati è necessario e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per il Titolare di perseguire le sopra indicate finalità.

Categorie dei destinatari

Il Titolare non diffonderà i dati, ma intende comunicarli a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni, nonché ad Enti Pubblici e privati, anche a seguito di ispezioni e verifiche.

Tali destinatari, ove dovessero trattare dati per conto del Titolare, saranno nominati responsabili del trattamento con apposito contratto o altro atto giuridico.

Trasferimento dati verso un Paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

I dati personali non saranno oggetto di trasferimento né verso Paesi terzi non europei né verso organizzazioni internazionali.

Diritti degli interessati

L'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare di accedere ai propri dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, di opporsi al loro trattamento per legittimi interessi perseguiti dal Titolare, nonché di ottenere la portabilità dei dati personalmente forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul consenso o sul contratto. L'interessato ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Per esercitare i propri diritti, l'Interessato può utilizzare il modulo disponibile al link <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924> e inoltrarlo al seguente recapito privacy@ospedalevillasalus.it.

L'Interessato ha anche il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Spazio riservato all'ufficio:

CONSEGNA:

☐ **A mano, in data** ____ / ____ / ____

☐ **Con raccomandata numero** _____. Del ____ / ____ / ____

☐ **Via posta prioritaria spedita in data** ____ / ____ / ____ **di cui copia in allegato.**

Sigla operatore _____