



DIREZIONE SANITARIA

Spett.le IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"

Viale Orazio Flacco, 65 - 70124 Bari

alla c.a. Ufficio Cartelle Cliniche

**Oggetto: RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA da parte di Terzi****DATI DEL RICHIEDENTE**

Il sottoscritto/a (nome e cognome).....  
 nato/a a.....il...../...../.....  
 codice fiscale.....  
 residente a (Comune, Prov.).....  
 in via.....n°.....  
 tel.....email.....

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E FALSITA'  
 NEGLI ATTI DI CUI ALL'ART.76 DEL D.P.R. 28/12/2000 N.445**

**IN QUALITA' DI**

- In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale  
 In qualità di legittimo erede (allegare copia dell'atto sostitutivo di notorietà)  
 Per decessi avvenuti in altre strutture sanitarie allegare anche la copia del certificato di morte  
 In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno/fiduciario (allegare copia del provvedimento)

Altro (allegare delega).....

del Sig.re/Sig.ra.....nato/a a.....il.....  
 C.F.....residente a.....  
 In via.....n°.....  
 tel.....

**Art. 2- terdecies del D.lgs. 196/03, così come modificato del D.lgs. 101/18***(Diritti riguardanti le persone decedute)*

*I diritti di cui gli articoli da 15 a 22 del Regolamento UE 2016/679 riferiti ai dati personali concernenti persone decedute possono essere esercitati da chi ha un interesse proprio, o agisce a tutela dell'interessato, in qualità di suo mandatario, o per ragioni familiari meritevoli di protezione. In ogni caso, il divieto non può produrre effetti pregiudizievoli per l'esercizio da parte di terzi dei diritti patrimoniali che derivano dalla morte dell'interessato nonché del diritto di difendere in giudizio i propri interessi.*

**CHIEDE IN DATA...../...../..... IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- CARTELLA CLINICA** ricovero ordinario/day hospital dal .....al.....  
dal .....al.....
- SCHEDA AMBULATORIALE** day service/ambulatoriale dal .....al.....
- COPIA ESAME RMN** del.....
- COPIA ESAME TAC** del.....
- COPIA ESAME ECO** del.....
- COPIA ESAME RX** del.....
- Altra documentazione sanitaria (specificare)**.....
- REPARTO (specificare).....

**LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA / DOCUMENTAZIONE SANITARIA sarà:**

- RITIRATA** personalmente o da un delegato munito di delega e documento d'identità del delegato e del delegante presso la sede **Infopoint** (lunedì-venerdì ore 7:30-13:00; giovedì ore 14:30-16:30)
- SPEDITA CON RACCOMANDATA con ricevuta di ritorno** all'indirizzo di residenza o al seguente indirizzo:  
via.....n°.....  
località.....C.A.P.....

**Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la copia della documentazione sanitaria deve essere ritirata entro e non oltre i 90 giorni dalla data di richiesta. Alla scadenza di detto periodo, la documentazione verrà distrutta.**

Il costo della cartella clinica è di **€ 10,00** al quale si aggiunge l'eventuale costo di spedizione di **€ 5,00**.

Il costo di copia degli esami radiologici su supporto CD/DVD o su pellicola è di **€ 20,00**.

Il pagamento dei costi richiesti può essere effettuato mediante:

- versamento su c.c. postale n. 75780148 intestato a "Istituto Tumori Giovanni Paolo II" riportante la causale "per rilascio copia della cartella clinica" e successivamente inviare tramite fax al n. 080/5555108 (Ufficio Cartelle Cliniche) la copia della ricevuta del bollettino postale precedentemente pagato;
- presso gli sportelli C.U.P./Ticket dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" (dal lunedì al venerdì dalle 7:30 alle 17:30).

**DICHIARA CONSAPEVOLMENTE DI ACCETTARE CHE**

- Per la consegna della documentazione a domicilio si autorizza l'istituto al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa vigente.
- In caso di spedizione, la stessa avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale.
- La consegna a mezzo posta, in busta chiusa sulla quale sia riportato nome, cognome, indirizzo dell'assistito, la dicitura "riservata personale" possa avvenire anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc...)

**AVVERTENZE**

**Allegare fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore e la delega dell'intestatario della documentazione.**

***Informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli art.13-14 del regolamento UE 2016/679***

Desideriamo informarLa che i suoi dati personali saranno utilizzati dall'IRCCS Istituto Tumori di Bari, in qualità di Titolare del trattamento, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, e per le sole finalità per le quali sono stati resi. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza. La Informiamo inoltre che per l'esercizio dei suoi diritti, previsti dagli art.15-22 del Regolamento UE 2016/679, potrà rivolgersi direttamente al Responsabile della protezione dei dati dell'Istituto all'indirizzo [pecprivacy@pec.oncologico.bari.it](mailto:pecprivacy@pec.oncologico.bari.it). Titolare del trattamento dei dati è l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S., Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari. Per dettagli consultare il sito Internet all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/privacy1>.

DATA.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE.....

**Spazio da compilare a cura dello sportello preposto in fase di CONSEGNA delle copie**

Documenti rilasciati da \*nome cognome operatore\*.....

Data.....

Nome e Cognome (di colui che ritira).....

Firma (di colui che ritira).....

**N.B. Allegare eventuale delega e la fotocopia del documento d'identità del delegato e del delegante.**