



Spett.le: Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"
I.R.C.C.S. Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari

Alla C.A.: Direzione Sanitaria

Oggetto: RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA da parte dell'intestatario

DATI DEL RICHIEDENTE (diretto/a interessato/a)

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

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

- CARTELLA CLINICA** ricovero ordinario dalal.....
dalal.....
 - SCHEDA AMBULATORIALE** ricovero diurno/ambulatoriale dalal.....
 - COPIA ESAME RMN** del.....
 - COPIA ESAME TAC** del.....
 - COPIA ESAME ECO** del.....
 - COPIA ESAME RX** del.....
 - Altra documentazione sanitaria**.....
- REPARTO.....

LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA/ DOCUMENTAZIONE SANITARIA sarà:

- RITIRATA** presso la nostra sede personalmente o da un delegato munito di delega e documento d'identità del delegato e del delegante.
- 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 copia 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 del documento richiesto 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...)

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. 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.....

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.