



SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

(Richiesta documentazione clinica effettuata da terzi)

Io sottoscritto/a _____, nato/a il ____ / ____ / ____
(cognome e nome)

a _____, numero di telefono _____

indirizzo mail _____, consapevole delle sanzioni penali in caso di
dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 D.P.R: 445/2000,

- **DICHIARO** sotto la mia responsabilità, di essere: erede (allegare atto notorio o dichiarazione sostitutiva¹)
 l'amministratore di sostegno/tutore legale/il curatore/ esercente la potestà genitoriale ²
 un delegato³ od uno dei soggetti indicati dall'art. 82 comma 2 lett. a) del D.lgs. 196/2003⁴
di _____, DEGENTE c/o l'U.O.C. _____.
(cognome e nome della persona cui si riferisce la documentazione richiesta)

- **RICHIEDO** la seguente documentazione:

n°..... copie cartella clinica ricovero ordinario dal..... al.....

n°..... copie cartella clinica ricovero in DH dal..... al.....

n°..... copie cartella trattamento ex art. 26 dal..... al.....

CHE VERRA' SPEDITA AL SEGUENTE INDIRIZZO:

Via.....n°.....Tel.....

CAP.....Città.....Provincia.....

Note.....

- **DICHIARO** consapevolmente di **accettare** che il recapito della documentazione si effettui:
 - a) a partire da 30 giorni dalla data della richiesta;
 - b) secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale;
 - c) che la consegna, **tramite corriere**, avvenga anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.) in una busta chiusa sulla quale sia riportato il nome e l'indirizzo del paziente, nonché la dicitura **RISERVATO PERSONALE** e un contatto telefonico che utilizzerà il corriere in caso di difficoltà nella consegna.

Per la consegna della documentazione al mio domicilio o ad altro indirizzo, libero la Fondazione Santa Lucia da ogni responsabilità in merito alla consegna. Dichiaro, altresì, di aver preso visione dell'Informativa Privacy allegata al presente modulo.

Documento del richiedente n° _____ rilasciato il _____

Data della richiesta _____ Firma del richiedente _____

¹ Vedi allegato 1 "Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà"

² Vedi allegato 2 "Autocertificazione amministratori di sostegno/curatori/tutori legali"

³ Vedi allegato 3 "Delega richiesta copia di cartella clinica"

⁴ Allegare certificato medico o documentazione equipollente attestante l'incapacità del soggetto abilitato ricevere la cartella qualora non più ricoverato presso la Fondazione.



SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

ALLEGATO 3

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 21 e 47 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000) PER EREDI**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

consapevole c delle conseguenze in termini di responsabilità penale che derivano dal rilasciare attestazioni false o non più veritiere ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

che il sig. /la sig.ra _____

nato /a _____ il _____ e residente in vita a

_____ in _____ via _____ di stato

civile _____ è deceduto in data _____, senza lasciare disposizioni di ultime volontà conosciute, e pertanto i suoi eredi legittimi da me conosciuti sono:

(indicare per ogni erede conosciuto cognome, nome, data e luogo di nascita, codice fiscale e relazione di parentela)

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Codice fiscale	Grado di Parentela

INOLTRE DICHIARA CHE:

- tutti gli aventi diritto sono maggiori d'età ed hanno piena capacità giuridica e di agire
- che tutti gli aventi diritto non sono incorsi in cause di indegnità a succedere;
- che all'infuori dei suddetti non vi sono altri eredi legittimi o riservatari aventi diritto per legge alla successione.

Luogo, data _____

Il dichiarante



SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

ALLEGATO 2

AUTOCERTIFICAZIONE AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO/CURATORI/TUTORI LEGALI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

consapevole c delle conseguenze in termini di responsabilità penale che derivano dal rilasciare attestazioni false o non più veritiere
ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di agire in qualità di tutore legale/curatore/amministratore di sostegno del soggetto incapace _____,

nato a _____, il _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

consapevole c delle conseguenze in termini di responsabilità penale che derivano dal rilasciare attestazioni false o non più veritiere
ai sensi del D.P.R. 445/2000



SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

AUTOCERTIFICAZIONE ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE

(da compilare solo per pazienti minori)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

consapevole c delle conseguenze in termini di responsabilità penale che derivano dal rilasciare attestazioni false o non più veritiere ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di agire in qualità di esercente la potestà genitoriale del minore _____ nato a _____, il _____

(da compilare solo per pazienti minori)

FIRMA ALTRO GENITORE O DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IN CASO DI ASSENZA

Il/La sottoscritto/a, _____ nato/a a _____,

il _____, **in qualità di altro genitore** del minore indicato nel modulo di richiesta copia cartella clinica, dichiara di aver preso visione e di confermare quanto riportato nel predetto modulo.

Roma, li _____

Firma _____

(da compilare solo in caso di impossibilità assoluta di firma dell'altro genitore)

Il genitore presente dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000, che l'altro esercente la potestà genitoriale è impossibilitato a firmare perché **assente per assoluto impedimento** (es. lontananza, eventuali provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria o altro) e dichiara di manifestare la volontà di entrambi assumendosi ogni responsabilità delle decisioni in merito al percorso di cura del minore.

Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

Firma _____



SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

ALLEGATO 3
DELEGA PER RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA⁵

Io sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/____
(cognome e nome)

a _____, n° documento _____

ricoverato/a presso L'IRCSS Fondazione Santa Lucia, degente c/o l'U.O.C. _____, consapevole c delle conseguenze in termini di responsabilità penale che derivano dal rilasciare attestazioni false o non più veritiere ai sensi del D.P.R. 445/2000

DELEGO sotto la mia responsabilità,

il Sig/Sig.ra _____, nato/a il ____/____/____
(cognome e nome)

a _____ n° documento _____

ad effettuare la richiesta della mia cartella clinica.

FIRMA DEL PAZIENTE

In caso di paziente che non è, al momento, nelle condizioni cliniche tali da poter prestare un valido consenso o firmare la presente documentazione il medico curante o il MMG attesta tale condizione clinica il trattamento dei dati personali sarà effettuato sulla base dell'art. 9.2 c) ad uno dei soggetti indicati dall'art. 82 comma 2 lett. a) del D.lgs. 196/2003 come previsto dall'Informativa Generale Pazienti ⁶

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

5-Il delegato dovrà presentare a pena di inammissibilità della richiesta i seguenti documenti: 1) delega firmata dal paziente 2) fotocopia documento d'identità del paziente 3) originale del proprio documento d'identità

6 Nel caso di **paziente giuridicamente e/o fisicamente incapace ed in assenza di un tutore/amministratore di sostegno, il documento sarà sottoscritto dal medico curante** e il trattamento dei dati personali sarà effettuato sulla base dell'art. 9.2 c) ad uno dei soggetti indicati dall'art. 82 comma 2 lett. a) del D.lgs. 196/2003 come previsto dall'Informativa Generale Pazienti. **Nel caso di paziente capace ma impossibilitato a sottoscrivere, il medico certificherà la scelta del paziente sottoscrivendo il presente modulo.**



Firma _____

Informativa Privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 delegati/familiari/caregiver dei pazienti/utenti

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è la Fondazione Santa Lucia, con sede in Via Ardeatina, n. 306, 00179, Roma, email: privacy@pec.fondazionesantalucia.it (di seguito “**Titolare**” o la “**Fondazione**”).

Il Titolare ha nominato un Responsabile per la Protezione dei Dati (di seguito “**DPO**”), ai sensi dell’art. 37 del GDPR, raggiungibile all’indirizzo dpo@hsantalucia.it.

2. FONTE E TIPOLOGIA DEI DATI TRATTATI

Il trattamento⁷ effettuato dal Titolare avrà ad oggetto le seguenti tipologie di dati personali (di seguito, i “**Dati**”):

- Dati anagrafici (e.g. nome, cognome, data e luogo di nascita)
- Dati di contatto (es. e-mail, numero di telefono)
- Dati identificativi (es. codice fiscale)

Il Titolare Le ricorda la necessità di comunicarci prontamente qualsiasi cambiamento dei suddetti dati al fine di consentirci di provvedere al loro aggiornamento o alla loro modifica.

3. FINALITA’ DEL TRATTAMENTO, BASE GIURIDICA E TEMPI DI CONSERVAZIONE

FINALITÀ	BASE GIURIDICA	TEMPO DI CONSERVAZIONE
A. Consentire lo svolgimento di attività amministrative e certificatorie strettamente connesse alle, ed essenziali per, il raggiungimento delle finalità di prevenzione, cura, diagnosi, riabilitazione, assistenza o terapia sanitaria o sociale: ivi incluse quelle correlate alla gestione dei rapporti con il paziente o dei soggetti legittimati ad agire per suo conto, nelle fasi di accettazione, prenotazione di visite ed esami, registrazione delle esenzioni, certificatorie relative allo stato di salute ect.	<p>Il trattamento è necessario per l’esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali su richiesta dell’interessato ai sensi dell’art. 6.1 lett. b) GDPR</p> <p>Il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi consistente nella corretta gestione degli adempimenti amministrativi strettamente connesse alle, ed essenziali per, il raggiungimento delle finalità di prevenzione, cura, diagnosi, riabilitazione, assistenza o</p>	<p>I dati saranno conservati presso il Titolare per il periodo strettamente necessario al perseguimento delle finalità ivi elencate e successivamente entro i limiti di legge, rispettando il principio di minimizzazione di cui all’art. 5 comma 1 del GDPR e tenendo conto dei tempi stabiliti nel Massimario di scarto</p>

⁷ Ai sensi dell’art. 4 §1 n. 2 del GDPR per trattamento si intende “qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l’ausilio di processi automatizzati e applicate ai dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l’organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l’adattamento o la modifica, l’estrazione, la consultazione, l’uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l’interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione2.



	terapia sanitaria o sociale ai sensi dell'art. 6.1 lett. f) GDPR	della Regione Lazio che si applica a tutto il Sistema Sociosanitario Laziale e che si intende qui integralmente richiamato.
B. Consentire l'identificazione del soggetto delegato o comunque legittimato ad agire per conto del paziente/utente.	Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6.1 lett. c) GDPR	
C. Consentire le comunicazioni relative allo stato di salute del paziente a familiari/terzi anche al fine di garantire la corretta gestione degli aspetti relazionali e comunicativi.	Il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica ai sensi dell'art. 6.1 lett. d) GDPR	
D. Inviare comunicazioni di carattere informativo e promozionale sull'attività di Fondazione Santa Lucia e di aggiornamento sul mondo delle neuroscienze e della ricerca. Le comunicazioni verranno inoltrate con modalità di contatto automatizzate (es. sms, email, ecc.) e tradizionali. L'invio delle suddette comunicazioni può avvenire anche tramite canali online o attraverso social network o altre piattaforme web	Consenso dell'interessato art. 6, par. 1, lett. a) del GDPR.	Fino a revoca del consenso.
E. Fondazione Santa Lucia utilizzerà i suoi dati per personalizzare le comunicazioni suddette secondo le sue preferenze, abitudini, interessi, comportamenti. I dati ci aiutano a compiere analisi o personalizzare le nostre campagne informative in base ai suoi interessi.	Consenso dell'interessato art. 6, par. 1, lett. a) del GDPR	Fino a revoca del consenso.

4. NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO

Il conferimento dei suoi dati per le finalità dub A), B), C), è obbligatorio. In caso di rifiuto di fornirci tali dati non potremo procedere ad erogare gli specifici servizi richiesti.

Il suo consenso per le finalità sub D) ed E) è da considerarsi puramente facoltativo e revocabile, qualora però scelga di non fornircelo non potremmo informarla sulle attività di Fondazione Santa Lucia e fornirle aggiornamenti sul mondo della ricerca e delle neuroscienze.



5. MODALITÀ DI TRATTAMENTO

I dati personali verranno trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi nel rispetto della normativa privacy ed in particolare di quanto fissato dall'art. 32 del GDPR mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al rischio del trattamento anche rispetto ai profili della sicurezza e riservatezza.

Nell'ambito delle attività di trattamento dei Suoi Dati, gli stessi potranno essere portati a conoscenza di persone autorizzate al trattamento dalla Fondazione, alle quali saranno fornite specifiche istruzioni al riguardo e sulle quali graverà un obbligo di riservatezza.

6. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

Fermo restando che i Dati personali relativi al trattamento in questione non saranno diffusi.

I Suoi dati possono essere comunicati alle **persone autorizzate al trattamento** dalla Fondazione, alle quali saranno fornite specifiche istruzioni al riguardo e sulle quali graverà un obbligo di riservatezza e a **soggetti operanti in qualità di autonomi titolari del trattamento**, fra cui, in particolare:

- organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed altri soggetti, enti o autorità che agiscono nella loro qualità di titolari autonomi di trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità;

I Suoi dati potranno essere trattati, inoltre, per conto del Titolare del trattamento, da soggetti **nominati come responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR**, a cui sono impartite adeguate istruzioni operative. Tali soggetti sono essenzialmente ricompresi nelle seguenti categorie:

- soggetti terzi, nell'ambito di un rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare, per consentire l'esecuzione di alcune prestazioni sanitarie in favore dell'interessato da parte di soggetti esterni altamente qualificati per quella specifica prestazione, i quali agiranno tipicamente in qualità di responsabili del trattamento ex art. 28 del GDPR. In talune ipotesi tali soggetti potrebbero agire in qualità di titolari o contitolari del trattamento;
- fornitori di servizi strettamente correlati e funzionali all'attività del Titolare, quali consulenti e fornitori esterni (enti certificatori, la società di gestione dell'archivio delle cartelle cliniche, gestione delle conferme telefoniche delle prenotazioni di esami e/o visite, fornitori di servizi IT per la gestione dell'infrastruttura tecnologica, dei sistemi informativi e delle reti di telecomunicazione), i quali agiscono tipicamente in qualità di responsabili del trattamento ex art. 28 del GDPR

Eventuali ulteriori soggetti ai quali i dati potranno essere comunicati e che svolgeranno attività di trattamento per conto del Titolare⁸ saranno all'uopo nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR. L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede della Fondazione Santa Lucia.

7. TRASFERIMENTO DI DATI ALL'ESTERO

I dati non saranno trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

⁸ Qualora il Titolare dovesse affidare le operazioni di trattamento a terzi, questi ultimi saranno all'uopo nominati responsabili del trattamento ai sensi dell'articolo 28 del GDPR, previa verifica della conformità dell'attività degli stessi alle disposizioni in materia di protezione dei Dati. Il Titolare ricorrerà unicamente a responsabili del trattamento che presentino garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate, in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del GDPR e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato.



Lei ha il diritto di accedere in qualunque momento ai dati che La riguardano, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione ove possibile, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti dall'art. 18 del GDPR, la revoca del consenso prestato ai sensi dell'art. 7 del GDPR, di ottenere la portabilità dei dati che La riguardano nei casi previsti dall'art. 20 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente ex articolo 77 del GDPR (Garante per la Protezione dei Dati Personali). Lei può formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei Suoi dati ex articolo 21 del GDPR nella quale dare evidenza delle ragioni che giustifichino l'opposizione: il Titolare si riserva di valutare la Sua istanza, che non verrebbe accettata in caso di esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgano sui Suoi interessi, diritti e libertà.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare ovvero al DPO ai recapiti di seguito indicati:

- Titolare: posta ordinaria all'indirizzo della Fondazione Santa Lucia, Via Ardeatina, 306, 00179, Roma o via pec all'indirizzo privacy@pec.fondazioneantalucia.it ;
- Data Protection Officer (DPO) all'indirizzo dpo@hsantalucia.it .

Modulo di consenso al trattamento dei dati personali

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

Dichiaro di aver **letto e compreso** l'informativa sul trattamento dei dati personali.

- sì, presto il consenso
- no, nego il consenso

Consenso all'invio di comunicazioni informativo/promozionali

Acconsento **all'invio di comunicazioni** di carattere informativo e promozionale dell'attività di Fondazione Santa Lucia e di aggiornamento sul mondo delle neuroscienze e della ricerca.

- sì, presto il consenso
- no, nego il consenso

Consenso alla personalizzazione delle comunicazioni

Acconsento alla **personalizzazione delle comunicazioni** in base alle mie preferenze, abitudini, interessi e comportamenti

- sì, presto il consenso
- no, nego il consenso

Data e Luogo

Firma dell'Interessato
