

Modulo Allegato 3

Alla Struttura

dell'Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
(Sede Legale Piazzale Cinelli, 4 - 61121 Pesaro)

La/il sottoscritta/o _____

NATA/O a _____ il _____

RESIDENTE IN _____ PROV (_____))

VIA _____ n. _____

e-mail _____ tel. _____

(barrare una delle tre qualifiche sotto riportate)

diretto interessato

erede, in qualità di _____ della/del Sig.ra/Sig. _____

nata/o _____ (Prov. _____) in data ____/____/____

deceduta/o in _____ in data ____/____/____

tutore / curatore / amministratore di sostegno

della/del Sig.ra/Sig. _____

nata/o _____ (Prov. _____) in data ____/____/____

residente in _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____

CHIEDE

(barrare una delle due casistiche sotto riportate)

rilascio al sottoscritto diretto interessato di:

rilascio al sottoscritto erede o curatore/ tutore/ amministratore di sostegno della/del Sig.ra/Sig. _____ di:

copia autentica Verbale di Pronto Soccorso del gg. _____ ospedale FANO PESARO

copia autentica Referto esami di Laboratorio del gg. _____ ospedale FANO PESARO

copia autentica Referto di esami Radiologici del gg. _____ ospedale FANO PESARO

CD/DVD di immagini esami Radiologici del gg. _____ ospedale FANO PESARO

copia autentica Cartella Sanitaria e di Rischio del Lavoratore

copia autentica Altri referti sanitari _____ del gg. _____

ospedale FANO PESARO rilasciati dalla UOC _____

certificato di ricovero del gg. _____ ospedale FANO PESARO

Impossibilitata/o a presentarsi personalmente dichiara di aver delegato a ritirare i documenti richiesti

la/il Sig.ra/Sig. _____

nata/o _____ (Prov. _____) in data ____/____/____

residente in _____(Prov. _____)

Via _____ n. _____

e-mail _____ tel. _____

Dichiara altresì di essere consapevole che ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso nei casi previsti dalla stessa normativa, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che i benefici eventualmente conseguiti in seguito al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, decadono.

Luogo e data _____

Firma _____

(Si allega copia del documento di identità del richiedente e del delegato)

In conformità alla normativa vigente il rilascio dei documenti richiesti è esente da bollo (Art.14 del DPR 642/1972 e ss.mm.ii.).

Il pagamento per il rilascio dei documenti , che deve avvenire al momento della richiesta, può essere effettuato direttamente presso gli Uffici Cassa dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord.

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dall'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in maniera anonima per la creazione di profili degli utenti del servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima.

6. Titolare e Responsabili del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, nella persona fisica del legale rappresentante p.t. Direttore Generale, con sede in Piazzale Cinelli, 4 - 61121 Pesaro.