

	MD SAN 45 – RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	
	Rev. 15 del 22.06.2026	Pagina 1 di 4

Informativa invio cartella clinica

Il presente documento rappresenta un adempimento previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 prevede l'obbligo di fornire ai soggetti interessati informazioni in merito al trattamento dei propri dati personali.

In particolare la presente informativa è rivolta ai pazienti che effettuano richiesta di invio, a mezzo mail, della propria cartella clinica.

La base giuridica del trattamento trova fondamento nell'art. 6 comma 1 lettera "e" e nell'art. 9 comma 2 lettera "g" del GDPR, rispettivamente per i dati cd. comuni e particolari trattati per l'evasione della richiesta in oggetto.

Si fa presente che tra le varie modalità di invio delle cartelle cliniche, l'invio della documentazione richiesta tramite PEC o PEO presenta rischi connessi alla sicurezza dei protocolli informatici o all'inadeguata protezione dei Suoi dispositivi: Responsible SpA, per quanto di propria competenza, adotta le più idonee misure di sicurezza fisiche e logiche per evitare trattamenti non autorizzati di dati personali, mentre è di esclusiva responsabilità del Richiedente/interessato adottare ogni misura necessaria per evitare indebiti trattamenti tramite i propri dispositivi (pc, telefonini...).

Soggetti del trattamento

Titolare del trattamento dei Dati che La riguardano è RESPONSIBLE S.p.A con sede in Campobasso Largo Agostino Gemelli nella persona del suo Amministratore Delegato quale Rappresentante legale.

I Responsabili interni del trattamento dei dati personali per il riscontro all'interessato sono:

- i Responsabili delle strutture amministrative (direttori, dirigenti e figure assimilate), per ciò che concerne tutte le informazioni visualizzate/visualizzabili dalle persone autorizzate al trattamento.
- il Dirigente dell'Area Sistemi Informativi e Privacy
- L'amministratore di sistema

Inoltre, i dati potranno essere trattati da personale interno comunque debitamente istruito e autorizzato a svolgere i trattamenti in tema, nonché da Autorità pubblica o giudiziaria nei casi previsti per legge.

	MD SAN 45 – RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	
	Rev. 15 del 22.06.2026	Pagina 2 di 4

Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati

I suoi dati, raccolti tramite il presente modulo, saranno trattati esclusivamente per dar seguito alla sua richiesta di invio della documentazione sanitaria presente all'interno dei nostri sistemi sanitari.

Tali informazioni personali sono raccolte presso la nostra struttura, in forma cartacea, presso L'Ufficio Cartelle Cliniche, e saranno conservate per il periodo di tempo necessario a dar seguito alla richiesta, fatte salve tempistiche comunque imposte per legge o per adempimenti amministrativi connessi. Spirato il termine, i dati saranno cancellati o anonimizzati in modo irreversibile. È fatta salva la conservazione dei relativi dati per le finalità gestite dalla Titolare (gestione dei fascicoli sanitari o dei dossier sanitari, in forma analogica o digitale, etc.).

Natura dei dati

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma necessario per dar seguito alla richiesta. L'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità di dare esecuzione alla richiesta di invio dei dati a mezzo mail.

Diritti dell'interessato

Lei, in qualità di interessato, gode dei diritti di cui alla sezione 2, 3 e 4 del capo III del Regolamento (UE) 2016/679, salvo limitazioni imposte per legge o regolamento.

In particolare, Lei ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento: l'accesso ai dati personali e la rettifica, la cancellazione degli stessi, la limitazione o l'opposizione al trattamento e la portabilità.

In merito all'esercizio di tali diritti, l'Interessato può rivolgersi al titolare del trattamento (agli indirizzi reperibili sul sito web della Struttura www.responsible.hospital) e/o al DPO all'indirizzo e mail dpoprivacy@responsible.hospital

Inoltre ha diritto di proporre reclamo al Garante italiano per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), ove ritenga che i suoi diritti siano stati violati.

SI PREGA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

COMPILAZIONE A CURA DI RESPONSIBLE SpA

PROT. C.C.N. _____ DEL _____

SDO: _____ ACCETTANTE: _____

☐ **SPEDIZIONE per POSTA**

☐ **RITIRO DIRETTAMENTE PRESSO LA STRUTTURA**

☐ **SPEDIZIONE per PEC o PEO (email)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ e residente a _____

in via _____ Codice Fiscale _____

☐ titolare della Documentazione sanitaria richiesta

☐ altro (specificare) _____
con la presente Richiede copia

☐ **Cartella Clinica Ricovero/DH**

indicare MESE, ANNO e REPARTO DI CURA per ciascun ricovero che necessita di copia cartella clinica:

_____,
_____,

INDICARE RECAPITI DI SPEDIZIONE

Cognome: _____ Nome: _____

Via: _____ N°: _____

C.A.P.: _____ Città: _____ Prov.: _____

* indirizzo PEC o PEO (email) _____

* n. cellulare _____

*** DATI INDISPENSABILI PER DAR SEGUITO ALLA RICHIESTA DI INVIO TRAMITE PEC O PEO**

Con la sottoscrizione della presente richiesta di invio a mezzo del Servizio Postale, esonera espressamente la Responsible Research Hospital per fatti o accadimenti ad essa non imputabili inerenti al furto, lo smarrimento, la distruzione, la ritardata consegna etc. della documentazione sanitaria di cui in epigrafe. Il sottoscritto dichiara, altresì, consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avvenga secondo le vigenti prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc..).

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa privacy (pag. 1 e 2)

Campobasso, _____ Firma _____

N.B.: NON SARANNO ACCETTATE RICHIESTE INCOMPLETE DI QUANTO SOPRA SPECIFICATO.

Parte da compilare in caso di soggetto minore

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

Documento d'identità n. _____

in qualità di:

- ☐ Tutore
☐ Amministratore di sostegno
☐ Esercente la responsabilità genitoriale

alla luce dell'informativa ricevuta, che dichiaro di avere letto e compreso:

Campobasso, ____ / ____ / ____

(firma leggibile dell'interessato)

MODALITÀ E TARIFFE PER RILASCIO E RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

☐ Ritiro presso l'Ufficio "Area Unica Centralizzazione Gestione Ricoveri" € 30,00 fino a 100 pagine.

Qualora la cartella clinica superi le 100 pagine, l'operatore provvederà a contattarvi per comunicare le spese aggiuntive di segreteria, pari a € 6,00 per ogni ulteriore blocco di 100 pagine.

☐ Invio all'indirizzo di posta elettronica certificata PEC/PEO € 18,00

☐ Spedizione tramite raccomandata A/R € 38,00

È necessario allegare, assieme al presente modulo, la ricevuta del bonifico bancario,

INTESTATO A: Responsible SpA Società Benefit a Socio Unico

IBAN: IT 95 T 03069 09606 100000130367

CAUSALE: *Spese amministrative per il rilascio della copia della cartella clinica del/della Sig./Sig.ra [Nome e Cognome del paziente].*

* In caso di ritiro presso l'Ufficio "Area Unica Centralizzazione Gestione Ricoveri" recarsi al piano terra, presso gli studi medici dipartimentali dal lunedì al venerdì dalle h11.00 alle h14.00.

Tutte le informazioni per la richiesta ed il ritiro sono disponibili sul sito all'indirizzo www.responsible.hospital oppure chiamando al numero 0874 312-312 (tasto 5) dal lunedì al venerdì dalle ore 11:00 alle ore 12:30.