

Informativa invio referto/cartella clinica a mezzo PEC

Il presente documento rappresenta un adempimento previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) 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. Basi giuridiche del trattamento sono: l'esecuzione di una richiesta dell'interessato (art. 6 comma 1 lett.B GDPR) unitamente al consenso, volontariamente e liberamente espresso in calce, per il trasferimento dei dati particolari contenuti nella documentazione di cui si chiede la trasmissione, chiarimenti sull'applicazione della disciplina per il trattamento dei dati relativi alla salute in ambito sanitario – 7 marzo 2019 [9091942] del Garante della Privacy

Soggetti del trattamento

Titolare del trattamento dei Dati che La riguardano è Responsible SpA Società Benefit a Socio Unico con sede in Campobasso Largo Gemelli, 1, Cap. 86100, 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 Direttore Sanitario
- L'amministratore di sistema

Saranno altresì incaricati tutti gli autorizzati interni debitamente istruiti ai sensi dell'art. 29 GDPR. Gli stessi dati sono infine trattati da responsabili esterni contrattualizzati ai sensi dell'art. 28 GDPR e da titolari autonomi la cui conoscenza dei dati sia indispensabile per l'esclusiva esecuzione della richiesta

Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati

I suoi dati saranno trattati, all'infuori dei casi previsti per legge o ordine dell'Autorità, esclusivamente per dar seguito alla sua richiesta di trasferimento della sua cartella clinica, così come archiviata nei nostri sistemi informativi sanitari. Ricordiamo che la trasmissione a mezzo PEC non costituisce, di per sé, un canale sicuro o cifrato di dati personali, per quanto Responsible si adoperi per l'adozione delle migliori misure di sicurezza ed ai più elevati standard tecnici e organizzativi per garantire trattamenti sicuri di dati personali. Per tale motivo, laddove il richiedente non abbia certezza dell'inviolabilità della propria casella PEC, si suggerisce di non utilizzare tale canale di trasmissione.

Periodo di conservazione dei dati

La conservazione dei dati contenuti nelle cartelle cliniche è assoggettata ai periodi di conservazione stabiliti per legge, mentre la conservazione della PEC inviata è limitata al solo periodo di tempo utile ad attestare l'avvenuto invio da parte di Responsible S.p.a. (massimo 5 anni). Decorso tale termine, i dati vengono conservati per i soli fini di legge.

Natura dei dati

Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto 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 PEC. Ciò nonostante, sarà possibile inviare i dati a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno previa sua richiesta scritta o potrà consultarli accedendo alla nostra struttura.

Flusso dei dati

I dati personali generati sono conservati presso la nostra struttura sono poi resi anonimi e sono utilizzati per la realizzazione di alcune ricerche statistiche inerenti all'utilizzo della struttura. I dati possono essere forniti all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

Diritti dell'interessato

Il soggetto cui si riferiscono i dati personali gode dei diritti di cui alla sezione 2, 3 e 4 del capo III del Regolamento (UE) 2016/679 con le sole limitazioni derivanti dall'eventuale ottemperanza a obblighi di legge o ordini dell'Autorità. In particolare ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento: l'accesso ai dati personali e la rettifica, la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che li riguardano, l'opposizione al loro trattamento e alla portabilità dei dati.

Inoltre ha diritto di proporre reclamo al Garante italiano per la protezione dei dati personali, ovvero adire l'autorità giudiziaria ai sensi della vigente normativa e secondo le indicazioni riportate sul sito web istituzionale www.garanteprivacy.it.

In merito all'esercizio di tali diritti, l'Interessato può rivolgersi al titolare del trattamento e/o al DPO all'indirizzo e mail dpoprivacy@responsible.hospital

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a Nato/a a
il e residente a in via.....

Alla luce dell'informativa ricevuta, che **dichiaro di avere letto e compreso con particolare riferimento ai rischi di violazione della privacy:**

☐ esprimo il consenso ☐ non esprimo il consenso

All'invio della cartella clinica e della documentazione a corredo a mezzo pec al seguente indirizzo

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 con particolare riferimento ai rischi di violazione della privacy:**

☐ esprimo il consenso ☐ non esprimo il consenso

All'invio della cartella clinica e della documentazione a corredo a mezzo pec al seguente indirizzo

Lì _____, Data _____

(firma leggibile dell'interessato)

Si Allega alla presente Documento di identità in corso di validità.

	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.