



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale**  
**“Santobono-Pausilipon”**

Via Teresa Ravaschieri n.8 (già Via della Croce Rossa n.8)  
80122- Napoli  
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

## MODULO DI RICHIESTA/RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Orari di apertura al pubblico ufficio cartelle cliniche: dal Lunedì al Venerdì (ore 8.30/12.30)

E-mail: [cartellecliniche@santobonopausilipon.i](mailto:cartellecliniche@santobonopausilipon.i) PEC: [cartellecliniche.santobono@pec.it](mailto:cartellecliniche.santobono@pec.it)

Io sottoscritto/a [cognome] \_\_\_\_\_ [nome] \_\_\_\_\_

Nato/a [luogo] \_\_\_\_\_ il [data di nascita] \_\_\_\_\_

[codice fiscale] \_\_\_\_\_ [recapito telefonico] \_\_\_\_\_

[e-mail] \_\_\_\_\_

Identificato mediante \_\_\_\_\_ [documento] n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445\* e all'art. 495\* cp. Consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato come previsto dalla normativa vigente\*.

di essere:

- Intestatario della documentazione sanitaria [paziente].
- Erede dell'intestatario.
- Esercente la potestà genitoriale sull'intestatario [genitore].
- Tutore/Curatore dell'intestatario.

**IMPORTANTE:** allegare fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro dell'intestatario, nonché le certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario. Il pagamento di quanto dovuto avverrà o contestualmente alla richiesta se questa sarà fatta allo sportello o tramite bonifico bancario, la cui ricevuta dovrà essere allegata alla presente richiesta se questa sarà inviata tramite PEC, e-mail, posta ordinaria o raccomandata.

**Dati dell'intestatario** (compilare solo lo scrivente è diverso dall'intestatario):

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

## **RICHIEDE**

Consapevole che la richiesta priva degli allegati precedentemente indicati (fotocopia controfirmata di documento di riconoscimento fronte/retro, certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente) **non sarà evasa**.

- Il rilascio di copia della cartella clinica relativa al ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Il rilascio di copia della cartella clinica relativa al ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Il rilascio di copia della cartella clinica relativa al ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Il rilascio di copia della cartella clinica relativa al ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Il rilascio di copia degli esami strumentali su CD-ROM.

Chiedo che la copia della cartella clinica mi sia consegnata in formato:

- Digitale (PEC)
- Cartacea (autenticata)

Chiedo che la copia della cartella clinica mi sia consegnata mediante le seguenti modalità:

- Ritiro allo sportello
- Servizio postale [destinatario: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_  
civico: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ comune: \_\_\_\_\_ provincia: \_\_\_\_\_]
- Invio tramite PEC [indirizzo: \_\_\_\_\_]

★

- art. 71 comma 1 D.P.R. 445/2000 “Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”:

1. Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 (Dichiarazioni sostitutive di certificazioni) e 47 (Dichiarazioni sostitutive dell’atto di notorietà).

- art. 76 commi 1, 2 e 3 del D.P.R. 445/2000 “Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.

2. L’esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 (Dichiarazioni sostitutive di certificazioni) e 47 (Dichiarazioni sostitutive dell’atto di notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell’articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

- art. 495 Codice penale “Falsa attestazione o dichiarazione a un pubblico ufficiale sulla identità o su qualità personali proprie o di altri”:

1. Chiunque dichiara o attesta falsamente al pubblico ufficiale l’identità, lo stato o altre qualità della propria o dell’altrui persona **è punito con la reclusione da uno a sei anni**.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso leggibile)

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 <sup>[1]</sup>, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è l’AORN SANTOBONO-PAUSILIPON.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso leggibile)

La documentazione sanitaria richiesta sarà fornita entro i termini previsti dall’art. 4 della Legge n. 24 del 8 marzo 2017.

**[1] Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (ai sensi degli artt. 13 par. 1 e 14 par. 1 GDPR 679/2016)**

**1. Finalità del trattamento**

I dati personali verranno trattati dall'AORN Santobono Pausilipon per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali e ai fini dell'erogazione del servizio richiesto.

**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 sia informatiche che cartacee, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non saranno diffusi ma potranno essere eventualmente utilizzati in maniera anonima ai fini statistici delle attività (registro degli accessi). Si precisa che, nel caso di richiesta di documentazione in formato cartaceo, la stessa verrà consegnata all'interno di un plico chiuso ai fini del rispetto della riservatezza dei dati contenuti al suo interno.

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

Potranno venire a conoscenza dei dati rilasciati i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili/Designati 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. Conservazione dei dati.**

La conservazione della documentazione cartacea avverrà a cura dell'Azienda per il periodo e secondo le modalità prescritte dalla normativa vigente e, comunque, non oltre l'arco di tempo necessario all'espletamento dei servizi erogati.

**5. Diritti dell'interessato**

In ogni momento Lei potrà esercitare il diritto di cui all'art. 12, GDPR 679/2016 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. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

Maggiori informazioni in merito ai Suoi diritti e alle modalità di esercizio potranno essere richieste direttamente al personale aziendale o consultando il sito aziendale [www.santobonopausilipon.it](http://www.santobonopausilipon.it).

**6. Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono-Pausilipon.

# DELEGA

(da utilizzare per il ritiro allo sportello)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di:

- intestatario della documentazione sanitaria [paziente]
- avente diritto

**(allegare copia controfirmata documento e certificazioni attestanti la titolarità dell'avente diritto)**

Delego il Sig./Sig.ra [cognome e nome] \_\_\_\_\_

al ritiro presso lo sportello della documentazione sanitaria sotto descritta:

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso leggibile)